Cẩm nang

An toàn sức khỏe



MỤC LỤC

CHƯƠNG I
CÁC BỆNH MẮT

Viêm mí mắt

Là tình trạng viêm mạn tính của bờ mi, thường do vi trùng gây ra. Biểu hiện của viêm mí mắt: chắp, lẹo, đỏ mắt tái đi tái lại, khô mắt thứ phát, kích thích mắt mạn tính.

Viêm mí mắt có thể gây những biến chứng: nhiễm trùng giác mạc, lông mi mọc lệch (lông xiêu), quặm (cụp mí) do sẹo (sẹo ở bờ mí mắt làm cho mí mắt xoay vào trong). Có thể điều trị viêm mí mắt bằng cách lau mắt hằng ngày, bôi thuốc mỡ kháng sinh tại chỗ

Phương pháp lau chùi mắt: Đắp gạc nóng trên mí mắt trong 5 phút; chùi bờ mí bằng tampon hoặc một khăn mềm nhúng vào xà phòng nhẹ (như xà phòng trẻ em của Johnson).

Lặp lại đắp gạc nóng: Trong trường hợp viêm bờ mí nặng, có thể cần phải chùi mí mắt 3 lần/ngày.

Màng và mộng thịt ở mắt

Màng che ở mắt (từ dân gian thường dùng) thực chất là sẹo của giác mạc - phần tương ứng với lòng đen. Bình thường, giác mạc phải trong suốt thì mắt mới nhìn thấy rõ

Giác mạc trong suốt nhờ được cấu tạo bởi các tế bào đặc biệt. Khi giác mạc bị viêm loét phá hỏng tạo thành sẹo, các tế bào trong suốt được các tế bào sợi (không trong suốt) thay thế. Sẹo đục giác mạc to hay nhỏ, dày hay mỏng là do viêm loét nhiều hay ít. Thị lực

của mắt sụt nhiều hay ít là tùy thuộc sẹo đục dày hay mỏng, nằm ở trung tâm hay vòng ngoài của giác mạc.

Nếu sẹo dày ở trung tâm là thị lực sụt nhiều, cách điều trị duy nhất là ghép giác mạc. Các bác sĩ sẽ lấy giác mạc của người chết thay vào chỗ sẹo đục. Hiện ở nước ta, việc ghép giác mạc chưa được phát triển lắm.

Để phòng ngừa sẹo đục giác mạc, cần phòng ngừa bệnh viêm loét giác mạc. Bệnh này do vi khuẩn, vi nấm gây ra, chúng xâm nhập sau các chấn thương hoặc do các virus. Khi bị chấn thương mắt hoặc bị viêm loét giác mạc, nên đến các cơ sở chuyên khoa mắt để điều trị, không nên tự ý mua thuốc nhỏ. Nếu dùng thuốc có chứa chất corticoid như Dexacol, Neodex, Polydexan, Cebedexacol, Spersadex, Maxitrol, Polydexa, bệnh sẽ nặng hơn.

Sẹo giác mạc nằm ở lòng đen, còn mộng thịt là một tổ chức xơ có mạch máu bò lên giác mạc từ lòng trắng. Mộng thịt dễ điều trị hơn sẹo đục nhưng sau khi cắt bỏ, mộng thịt rất hay tái phát dày hơn, to hơn. Chỉ nên cắt bỏ mộng thịt khi nào nó xâm lấn nhiều vào trung tâm giác mạc. Bệnh nhân lớn tuổi thì tỷ lệ tái phát thấp.

BS Nguyễn Hữu Châu (Giám đốc Trung tâm Mắt TP HCM)

Các bệnh chảy nước mắt

Nước mắt được sản xuất đều đặn bởi tuyến lệ nằm ở dưới mí mắt trên. Nước mắt là yếu tố cần thiết bởi vì chúng hình thành nên một lớp phim mỏng bao phủ mặt trước của mắt, nhanh chóng được dẫn lưu khỏi mắt qua một hệ thống ống phức tạp dẫn từ góc trong của các mí mắt vào trong mũi. Hệ thống ống này được gọi là lệ đạo.

Bất cứ xúc cảm mạnh hoặc sự kích thích mắt nào cũng có thể gây sản xuất nước mắt quá mức. Sự tắc nghẽn của hệ thống lệ đạo là một nguyên nhân quan trọng gây chảy nước mắt nhiều. Điều này thường có xu hướng xảy ra ở người lớn tuổi và nguyên nhân

tắc nghẽn thường được xác định là do những thay đổi của ống lệ mũi.

Những trường hợp nặng, chảy nước mắt có thể thành dòng xuống gò má. Nếu tắc nghẽn không được giải quyết, sự ứ đọng nước mắt trong các ống dẫn lệ có thể dẫn đến nhiễm trùng nghiêm trọng với chảy dịch mủ nhầy.

Nếu bạn bị nhiễm trùng cấp ở hệ thống lệ đạo, có thể điều trị bằng kháng sinh. Bước tiếp theo là xác định mức độ và vị trí của tắc nghẽn. Có thể đến bệnh viện chuyên khoa để bơm các ống lệ bằng nước muối. làm giảm triệu chứng thoáng qua (thường tái phát sau đó). Phẫu thuật là biện pháp rất cần thiết để điều trị sự tắc nghẽn nghiêm trọng của các ống dẫn lệ hoặc ở những người bị nhiễm trùng tái phát hệ thống lệ đạo.

Ngoài ra, bạn cũng cần chú ý đến chảy nước mắt ở trẻ sơ sinh. Trẻ sơ sinh có thể có một mắt "ướt", thường vào lúc một đến hai tuần tuổi. Thỉnh thoảng có thể chảy dịch nhầy mủ. Nguyên nhân là có một màng làm nghẽn hệ thống dẫn lưu của nước mắt vào mũi. Sự nghẽn tắc này thường tự động giải phóng trong vòng 4 đến 6 tuần sau sinh. Việc xoa nhẹ góc trong của mí mắt có thể thúc đẩy nhanh chóng việc mở tắc nghẽn. Nếu nghẽn tắc còn dai dẳng sau khi đã xoa góc trong và bơm rửa, thông lệ đạo, cần làm phẫu thuật để giải phóng chỗ nghẽn tắc.

Bệnh chảy nước mắt có thể do kích thích của mắt hoặc bệnh của hệ thống dẫn lưu. Cần đến khám ở một bác sĩ chuyên khoa mắt, tiến hành một số thử nghiệm đơn giản để chẩn đoán nguyên nhân.

Bệnh tăng nhãn áp

Tăng nhãn áp là một bệnh của mắt, nguyên nhân của 20% ca mù ở Việt Nam. Trong bệnh này, áp lực của các chất dịch trong mắt gia tăng đến mức thần kinh thị giác bị tổn hại. Áp lực tăng do có quá nhiều dịch được tạo ra hoặc do các ống dẫn trong mắt bị tắc nghẽn (bình thường, dịch dẫn lưu ra ngoài con mắt theo đường các

mạch máu). Bệnh tăng nhãn áp làm tổn hại thị lực, khi áp lực gia tăng có thể làm co hẹp những mạch máu nuôi dưỡng các sợi thần kinh nhạy cảm ở phía sau mắt.

Có 4 loại tăng áp:

- Tăng áp góc mở mạn tính: Chiếm tỷ lệ lớn, xảy ra phần lớn ở người già nhưng cũng có thể xảy ra ở lứa tuổi trung niên. Họ hàng của những người bị bệnh tăng nhãn áp có nguy cơ bị mắc bệnh cao hơn do yếu tố di truyền. Bệnh tiến triển chậm chạp và thường không được chú ý trong nhiều tháng hoặc nhiều năm.

- Tăng áp góc đó ng hay tăng áp cấp: Đây là loại bệnh tăng áp hay gặp nhất ở Việt Nam, thường xảy ra ở lứa tuổi trung niên và người già, đặc biệt là phụ nữ. Nó xảy ra một cách đột ngột, áp lực của mắt tăng rõ rệt. Nếu không điều trị tức thời, mắt sẽ tổn thương suốt đời trong một thời gian rất ngắn.

Không giống như bệnh tăng áp mạn tính, bệnh tăng áp cấp thường có những triệu chứng rõ rệt như đau mắt dữ dội, nhìn mờ, đỏ mắt, có những vòng nhiều màu quanh các nguồn sáng và nôn mửa.

- Tăng áp bẩm sinh: Loại tăng áp này hiế m, xuất hiện ngay lúc trẻ được sinh ra. Sự giãn lớn của mắt trẻ sơ sinh, chảy nước mắt và sợ ánh sáng một cách bất thường là những triệu chứng của bệnh, cần đến bác sĩ nhãn khoa khám.

- Tăng áp thứ phát: Xuất hiện sau viêm mắt, phẫu thuật mắt, có biến chứng chấn thương mắt hoặc đục thủy tinh thể quá chín.

Bệnh tăng nhãn áp càng được chẩn đoán sớm thì cơ hội thành công trong việc ngăn ngừa mất thị lực càng lớn. Mặc dù bệnh tăng áp không thể chữa khỏi hoàn toàn nhưng hầu hết các trường hợp có thể kiểm soát được. Việc điều trị tùy thuộc vào hình thái của bệnh, có thể dùng thuốc nhỏ, thuốc uống, phẫu thuật hoặc laser.

Thuốc Spersacet gồm Sulfacetamind Sodium và Chloramphénicol, dùng trị viêm mắt trong một thời gian ngắn

khoảng 10 ngày. Không nên dùng quá lâu vì tác dụng phụ của Chloramphénicol có thể gây biến chứng, chủ yếu là gây thiếu máu, thiếu sắt bất sản hay các loạn sản khác về máu.

Dùng thuốc mỡ Tétracycline 6 tháng liền mà không hết thì không cần dùng thêm nữa. Có thể thay bằng thuốc mỡ Erythromycin. Nếu còn đau mắt hột, có thể dùng Doxycyline 100 mg x 2 lần/ngày trong 3 tuần hoặc nhỏ thuốc loại Sulfamide 4 lần/ngày trong 5 tuần.

Thuốc mới nhất hiện nay là Azithromycine, tên thương mại là Zithromax, dùng điều trị đau mắt hột. Hiện nay, cơ quan chống mắt hột quốc tế cũng dùng thuốc Azthromycine để điều trị mắt hột cho các quốc gia ở châu Phi.

Để phòng ngừa và chống lây lan bệnh mắt hột, cần giữ vệ sinh môi trường, rửa mặt bằng nước sạch và dùng khăn riêng.

Bệnh cườm mắt (đục thủy tinh thể)

Bệnh đục thủy tinh thể được dân gian gọi là cườm khô, khác với bệnh tăng nhãn áp được gọi là cườm nước. Mắt của con người cũng giống như một máy hình. Máy hình gồm hai bộ phận chính là ống kính và phim, còn có mắt ống kính là thủy tinh thể, phim là võng mạc. Ở máy hình, khi ống kính bị mốc hay vỡ thì ảnh mờ, còn ở mắt khi thuỷ tinh thể bị đục hay vỡ (do chấn thương) thì người ta nhìn mờ.

Bệnh cườm đa số là do tuổi già (90%) vì chuyển hoá trong cơ thể suy yếu. Còn các nguyên nhân khác là bị bệnh trong cơ thể như tiểu đường, viêm nhiễm ở mắt, bị cườm nước, bị chấn thương hoặc các bệnh bẩm sinh gây cườm ở trẻ nhỏ. Một số yếu tố khác cũng gây cườm như thiếu dinh dưỡng, do ảnh hưởng của các tia sáng (như tia cực tím...).

Người bệnh thấy mắt bị mờ dần, không đau, không nhức, không đỏ, đi thử kính không thấy kính nào nhìn rõ hơn. Đến lúc mờ nhiều (không còn đọc được các chữ lớn trong sách báo), nhìn vào trong mắt thấy đồng tử đổi màu, có thể màu trắng hoặc đen

nâu. Đi khám bệnh, bác sĩ nhãn khoa có thể phát hiện ngay từ khi mới bắt đầu bị cườm.

Không có thuốc nào nhỏ vào mắt làm tan cườm như lời đồn đại. Khi đã bị cườm, nhất là lúc cườm đã chín thì cách chữa duy nhất là mổ để lấy cườm rồi đặt thuỷ tinh thể nhân tạo hoặc cho đeo kính.

Khi nào nên mổ mắt?

Tùy theo từng người. Đối với người làm việc bằng mắt nhiều như đọc sách, lái xe..., khi không nhìn được chữ rõ nữa thì nên đi mổ sớm. Còn đối với những người không phải làm việc bằng mắt nhiều thì có thể để muộn hơn. Tuy nhiên, không bao giờ để cườm quá chín tức mắt quá mờ (không thấy được bóng bàn tay trước mắt). Cườm quá chín sẽ gây biến chứng như cườm nước cấp tính gây đau nhức, nhức đầu dữ dội, có thể làm tổn thương thần kinh thị giác. Lúc đó phải đi mổ gấp mà sau mổ chưa chắc đã nhìn thấy được. Ở nước ta có rất nhiều người bị cườm không chịu đi mổ vì sợ, khi đã có biến chứng thành cườm nước, đau nhức quá, đã mù mới chịu mổ, lúc đó có mổ cũng không cứu vãn nổi, chỉ giải quyết cho khỏi đau nhức mà thôi.

Sau khi mổ cườm, muốn nhìn rõ phải đeo kính hoặc đặt thuỷ tinh thể nhân tạo. Có 3 loại kính:

- Kính gọng: Loại kính có độ hội tụ cao khoảng + 10 đến + 12 điốp.

- Kính tiếp xúc (kính sát tròng).

- Thuỷ tinh thể nhân tạo: Là một thấu kính chỉ nhỏ bằng hạt bắp, rất nhỏ, được đặt ngay vào trong mắt lúc mổ

Dùng kính nào tốt nhất?

Tùy trường hợp và điều kiện tài chính của bệnh nhân. Tốt nhất là đặt thuỷ tinh thể nhân tạo vì nó cho hình ảnh trung thực nhất. Hiện nay, ở nước ta, việc đặt thuỷ tinh thể nhân tạo đã rất

thông dụng. Mới đây đã có thể mổ bằng phương pháp Phaco, không cần phải khâu, phục hồi nhanh. Thường thì thuỷ tinh thể nhân tạo không gây phản ứng gì cho người bệnh.

Nếu không có điều kiện, sau khi mổ có thể đeo kính gọng, nhưng có phiền toái là hình ảnh lớn hơn bình thường. Lúc đầu, bệnh nhân nhìn không quen sẽ rất khó chịu, nhận định khoảng cách không đúng, nhất là xuống cầu thang dễ bị ngã, đôi khi chóng mặt. Ai cũng phải tập luyện đeo kính một thời gian rồi dần dần mới quen, có người phải mất 6 tháng, có người tập hoài mà vẫn không quen được.

Kính áp tròng ít ảnh hưởng hơn kính gọng, vì vậy thoải mái hơn, nhưng chỉ dùng cho người trẻ vì cần khéo léo, tay không run và mắt kia còn nhìn được tốt. Còn đối với người già bị cườm cả hai mắt thì rất khó sử dụng vì tay họ đã run, mắt mờ, thao tác không chính xác, dễ bị rớt kính. Ngoài ra, kính áp tròng có thể gây dị ứng, không phải ai cũng thích hợp được.

Không phải mổ cườm bao giờ cũng tốt và làm cho mắt có thể thấy rõ ràng được ngay. Lúc mới mổ và sau khi mổ có thể có biến chứng như xuất huyết, viêm bồ đào, cườm nước thứ phát, bong võng mạc, viêm nhiễm... Nếu đặt thuỷ tinh thể nhân tạo thì một thời gian cũng dễ bị đục bao sau, làm mắt mờ trở lại, phải dùng laser để đốt. Ngoài ra, mắt sau khi đã mổ cườm và đeo kính nhìn được rõ nhiều hay ít còn tùy thuộc vào tình trạng võng mạc còn tốt hay đã bị bệnh. Nếu võng mạc đã bị bệnh thì mổ cườm chỉ giúp được phần nào thôi, cũng như máy hình đã thay ống kính còn tùy thuộc vào phim tốt hay xấu. Nếu phim đã hư hay hết "đát" thì dù có thay ống kính tốt mấy chăng nữa, hình ảnh cũng mờ thôi.

Đục thủy tinh thể và glaucoma

Sau khi mổ đục thủy tinh thể, người cao tuổi có thể bị glaucoma. Nguyên nhân có thể do: mắt bị 2 bệnh cùng lúc; hay một bệnh bị trước, một bệnh bị sau; hoặc do mổ thủy tinh thể mà bị glaucoma. Trường hợp đã mổ glaucoma khoảng một năm, sau

này người bệnh vẫn có thể bị đục thủy tinh thể (do tuổi già hoặc thứ phát sau mổ glâuom).

Khi mắt bị đục thủy tinh thể, ánh sáng đến mắt bị che nên nhìn không được rõ. Vì thế, khi muốn nhìn rõ, người bệnh thường dùng kính lúp để phóng đại hình ảnh; nếu dùng kính cận thì bệnh nhân không thể nhìn rõ hơn hoặc chỉ nhìn rõ được một thời gian.

Người bị đục thủy tinh thể có thể tạm dùng thuốc nhỏ mắt Catalin. Tuy nhiên, thuốc này (cũng giống như tất cả các thuốc trị cườm mắt khác) không thể ngăn chặn hoàn toàn bệnh đục thủy tinh thể.

Lạm dụng thuốc nhỏ mắt gây đục thủy tinh thể

Thủy tinh thể bị đục có thể do nguyên nhân bẩm sinh kết hợp với dị tật, do chấn thương, ảnh hưởng chuyển hoá trong cơ thể. Tuy nhiên, thông thường nhất là do lão suy (từ 50 tuổi trở lên) và do ảnh hưởng của việc lạm dụng thuốc nhỏ mắt chứa corticoid.

Một số người trẻ, nhất là phái đẹp, thấy những lọ thuốc mắt nho nhỏ lại rẻ tiền, tưởng nhầm là thuốc rửa mắt nên dùng thường xuyên mỗi ngày trong thời gian dài. Rồi đến một ngày thấy cảnh vật chung quanh mờ đi, khám thì phát hiện bị đục thủy tinh thể. Thuốc mọi người thường dùng tên là Dexamethasone có công thức chứa kháng sinh Chloramphenicol và chất corticoid. Đây là loại thuốc tốt để trị viêm kết mạc nhiễm trùng, viêm loét giác mạc, nhiễm trùng tuyến lệ.. Nhưng đây cũng là loại thuốc không nên lạm dụng hoặc dùng sai chỉ định vì có thể gây suy tủy, hội chứng xanh tái ở trẻ sơ sinh, làm tăng nhãn áp ở người mắc bệnh glaucoma, làm tổn hại thần kinh thị giác, làm trầm trọng các bệnh nhiễm virus, vi nấm và nhất là gây đục thủy tinh thể.

Thuốc làm chậm quá trình đục thủy tinh thể

- Thuốc nhỏ mắt: Dionin 1% với hoạt chất là Ethyl Morphin, những thuốc gia tăng biến dưỡng chống lão hoá mắt chứa các axit amin hay vitamin như ATP, B6, Acid Aspartic, L.Arginin, Acid

L.Glutamic... (Catacol P.O.S, Catarstat), tác dụng sự chuyển hoá trên sự xơ cứng thủy tinh thể chứa các muối calci, iod, glycin (Cristopal)...

- Thuốc uống chứa các axit amin bổ dưỡng mắt hoặc vitamin để làm chậm quá trình đục tinh thể như Phakan uống, cả ống uống lẫn viên nang trong cùng lúc.

- Nội tiết được dùng làm chậm đục thủy tinh thể Kết hợp tinh chất tuyến cận giáp, buồng trứng, tinh hoàn, Folliculine, mỗi ngày uống một ống hoặc theo chỉ định của bác sĩ.

Tăng nhãn áp cấp

Tăng nhãn áp cấp (còn gọi là cườm nước, thiên đầu thống, cườm xanh, glaucoma là một bệnh phổ biến ở Việt Nam, có tỷ lệ gây mù loà cao. Đây là một bệnh khẩn cấp trong nhãn khoa, diễn tiến bệnh nhanh chóng, cần phải điều trị kịp thời và đúng cách. Nếu không, các thần kinh mắt bị hủy hoại, thị lực giảm không tái tạo được. Mắt có thể mờ sau 24 giờ và mù hoàn toàn từ 1 đến 7 ngày.

Bệnh thường gặp nhiều ở phụ nữ trên 50 tuổi (3/4) thuộc người hay lo lắng, suy nghĩ. Bệnh thường khởi phát sau một đêm mất ngủ hay lo buồn. Biểu hiện đầu tiên là mắt nhức dữ dội, lan dần lên đỉnh đầu, nhức đầ u bên mắt bị đau, buồn nôn, mắt nhìn rất mờ, đôi khi thấy các vòng màu. Mắt đỏ, con người nở lớn, ấn vào mắt thấy cứng, đôi khi thấy con ngươi mắt màu xanh.

Khi thấy những dấu hiệu trên, nên đưa bệnh nhân đến chuyên khoa mắt điều trị. Không nên tự uống thuốc đau nhức, thuốc chóng nôn hoặc lười đi khám vì sẽ rất có hại cho thị lực sau này.

Người trên 50 tuổi nên kiểm tra mắt hàng năm để phát hiện yếu tố nghi gây tăng nhãn áp ở một thể khác, âm thần nhưng nguy hiểm hơn, làm người bệnh mù dần mà không đau nhức.

Bệnh tăng nhãn áp có yếu tố di truyền; gia đình có người bị bệnh này phải cẩn thận hơn. Ở người từng bị lên cơn đau nhức

một lần đã điều trị khỏi, cần theo dõi thường xuyên để phát hiện sự tiến triển và biến chứng sau mổ Bệnh này không lây, nhưng nếu đã bị ở một mắt, mắt bên kia cũng có thể bị lên cơn tăng áp bất cứ lúc nào.

BS Tô Quang Định

Điều trị mắt cận thị

Nếu thị lực kém đi, người bệnh cần đến bác sĩ chuyên khoa mắt khám để xác định có bị các tật khúc xạ như cận thị, loạn thị, viễn thị không. Nếu có thì cần đeo kính điều chỉnh thị lực. Ngoài ra, thị lực yếu còn có thể do nhiều nguyên nhân khác và phải được điều trị bằng thuốc.

Thuốc Difrarel E và vitamin E giúp tăng cường dinh dưỡng và tuần hoàn máu ở võng mạc nên thường được bác sĩ cho dùng khi mắt cận thị và một số bệnh khác.

Để bảo vệ tốt thị lực, chúng ta cần ăn uống đầy đủ các chất dinh dưỡng, nhất là các loại trái cây chứa nhiều carotène, thường có màu vàng cam như cà rốt, đu đủ, cà chua... Lưu ý khi học hành, đọc sách hoặc phải làm việc bằng mắt một cách chăm chú, cần phải có đủ ánh sáng.

Kỹ thuật điều trị mắt bằng Lasik

Trong phẫu thuật cận thị, ngoài các phương pháp thường làm như rạch giác mạc hình nan hoa, phẫu thuật Laser excimer, hiện nay, thế giới đang phổ biến một loại phẫu thuật mới là phẫu thuật Lasik. Sau phẫu thuật, thị lực có thể đạt 9/10 hoặc 10/10; một số trường hợp viễn hoặc loạn thị thì cần đeo kính ± 1 Ds (Điốp) để đạt thị lực tối đa. Kỹ thuật Lasik là bước nâng cao của kỹ thuật Laser excimer. Laser excimer là loại Laser đẩy, phát ra trong tia cực tím có bước sóng rất ngắn (193 nano meters) nhưng đủ mạnh để cắt giác mạc, làm cho các mảnh vụn giác mạc bốc hơi và cho phép tránh các tác dụng của nhiệt và động. Tuổi tốt nhất để thực hiện kỹ thuật này là từ 18 đến 26, thị lực mắt phải từ -5 độ

đến -15độ Nếu cận từ-5 độđến -12 độthì phẫu thuật cho kết quả khả quan; sau một tháng thị lực mắt có thể đạt 9/19 hoặc 10/10. Còn cận từ-12 độ đến -15 độ thì phải sau từ 6 đến 12 tháng mới đánh giá được kết quả

Kỹ thuật Lasik (Laser in situ Keratomileusis) dùng Laser excimer phẫu thuật phía ngoài hủy bỏ biểu mô giác mạc; có thể đưa sâu xuống cắt một phần của giác mạc hình thấu kính (hơi lõm). Sau đó, phần giác mạc cắt ra sẽ được đặt lại vị trí cũ Khi phẫu thuật, bệnh nhân phải nằm yên trên ghế tựa hoặc bàn phẫu thuật, sau khi sát trùng mắt và nhỏ thuốc tê (Tetracain 1%) vài phút, bác sĩ sẽ đặt vành mi cố định mi mắt ở trạng thái mở rồi tiến hành phẫu thuật. Điều cần lưu ý là trong lúc phẫu thuật, bệnh nhân phải nhìn vào một điểm cố định.

Sau phẫu thuật, bác sĩ cho bệnh nhân nhỏ thuốc kháng sinh và dùng thuốc kháng viêm không steroide trong một tuần. Kỹ thuật Lasik tránh được cảm giác đau nhức sau phẫu thuật ở giác mạc; nhưng cũng có một tỷ lệ nhỏ, khoảng 5%, gặp biến chứng. Bệnh nhân có thể bị loạn thị do nắp giác mạc bị nhăn hoặc bị đặt lệch, hay có biểu mô xâm lấn dưới vạt... nên nhìn thấy có vò ng màu hoặc thấy mờ mờ như có màn sương...

Sau khi phẫu thuật, bệnh nhân cần lưu ý để việc tái tạo biểu mô mắt không bị chậm lại và nắp giác mạc không bị lệch, cần tránh dụi mắt trong những ngày đầu. Nếu lỡ dụi mắt hoặc có sự cố xảy ra, cần đến bác sĩ khám để đặt nắp giác mạc vào đúng vị trí và khâu lại. Trường hợp biểu mô xâm nhập mặt trong nắp giác mạc, các mối chỉ khâu không thật khít hoặc khi có cảm giác lạ cần đến bác sĩ khám lại để có thể sớm can thiệp và tránh các tai biến.

Điều chỉnh lé

Đa số các trường hợp lé (dù ở trẻ em hay người lớn) không bao giờ tự khỏi nếu không được điều trị, ngoại trừ hai trường hợp sau:

- Tình trạng giả lé do nếp bẹt mí hoặc do khuôn mặt có dạng đặc biệt, nhìn giống lé

- Lé tạm thời do liệt thần kinh điều khiển cơ hoặc cơ vận nhãn sau sang chấn hoặc do nhiễm virus. Trường hợp này thường xảy ra sau một chấn thương đầu hoặc sau một đợt cảm cúm, kéo dài không quá 6 tháng. Nếu sau 6 tháng vẫn tồn tại thì phải điều trị, mắt mới ngay trở lại.

Tình trạng lé mắt trong một thời gian dài (trên 2 năm) có thể dẫn tới các tổn thương chức năng mắt trầm trọng: nhược thị ở mắt lé (thường xuyên nhìn mờ hơn mắt kia), mất thị giác hai mắt. Ở trẻ nhỏ, các chức năng này chỉ có thể hồi phục nhờ tập luyện. Người trên 15 tuổi nếu đã mất các chức năng này thì không thể hồi phục được, chỉ có thể phẫu thuật thẩm mỹ chỉnh lại mắt lé mà thôi.

Điều trị lé trên nguyên tắc có 5 bước:

1. Điều chỉnh kính ở các bệnh nhân lé có kèm tật khúc xạ để đạt được thị lực cao nhất, giúp quá trình điều trị lé trở nên dễ dàng hơn.

2. Tập để khắc phục nhược thị nếu có mắt bị nhược thị.

3. Tập hồi phục thị giác hai mắt nếu chức năng này yếu hoặc đã mất.

4. Các bài tập cơ giúp làm mạnh cơ yếu hoặc làm giãn cơ cường.

5. Phẫu thuật chỉnh cơ nếu bệnh chưa hết với các phương pháp trên.

Đối với người trên 15 tuổi, chỉ điều trị với các bước 1 - 4 - 5.

Không có kính điều chỉnh lé, chỉ có kính điều chỉnh tật khúc xạ đi kèm với lé

Lưu ý khi mang kính sát tròng

Những người bị các tật về mắt nếu đeo kính thông thường sẽ gặp nhiều bất tiện khi làm việc, hoạt động thể thao. Nếu là phái nữ, cặp kính quá dày và to sẽ ít nhiều ảnh hưởng đến thẩm mỹ. Vì vậy, kính sát tròng (hay còn gọi là kính tiếp xúc - contactlens) có thể cải thiện được những bất tiện trên. Tuy nhiên, khi sử dụng kính sát tròng, cần lưu ý những điểm sau:

1. Khi nào thì được sử dụng kính sát tròng?

Người muốn sử dụng kính sát tròng phải được bác sĩ chuyên khoa chẩn đoán để xá c định chính xác việc sử dụng kính sát tròng có thật cần thiết không, độ kính bao nhiêu thì vừa, đồng thời khảo sát độ cong, đường kính của tròng... Độ cong của kính rất quan trọng. Kính có độ cong lớn sẽ dễ làm cho người mang khó chịu, đỏ mắt; kính có độ cong nhỏ sẽ dễ bị tuột, rơi.

2. Sử dụng loại kính sát tròng nào?

Nên sử dụng loại mềm vì dễ tạo sự tiếp xúc giữa giác mạc và mí mắt. Hơn nữa, loại kính sát tròng mềm có tính ẩm cao giúp cho mắt dễ thích ứng.

3. Ưu điểm của kính sát tròng

Khi đeo kính sát tròng, mắt sẽ không cảm thấy khó chịu vì khoảng cá ch giữa mắt và tròng kính gần như không có. Sử dụng kính sát tròng sẽ thấy được những hình ảnh trung thực hơn so với kính thường.

4. Nên thận trọng khi ngủ và bơi lội

Khi tắm biển có thể sử dụng contactlens loại dẻo, đường kính tròng lớn để lớp giác mạc và mi mắt được nâng đỡ và che chở tốt. Tuy nhiên, các hồ bơi thường có nhiều fluor và vi khuẩn có thể gây viêm kết mạc nếu khi bơi bạn vẫn sử dụng contactlens.

Khi ngủ vẫn có thể đeo kính sát tròng. Tuy vậy, lúc ngủ nên tháo ra vì giác mạc trong đêm thường giảm khả năng hấp thụ ôxy.

5. Vài điều cần chú ý

- Rửa sạch kính trước khi cho vào mắt, rửa tay trước khi sử dụng kính.

- Khi đeo kính sát tròng, tuyệt đối không phun keo xịt tóc. Nếu cần, phải nhắm mắt lại cho đến khi xịt xong.

- Không sử dụng contactlens ngay sau khi dùng thuốc nhỏ mắt.

CHƯƠNG 2
BỆNH TAI MŨI HỌNG

Điếc và giảm thính lực

Tiếng ồn đối với tai:

- Quá trình phát triển nhanh chóng các ngành công nghiệp, giao thông, vận tải, đô thị hoá.. làm cho tiếng ồn ngày càng lớn, ảnh hưởng tới sức nghe và gây bệnh điếc nghề nghiệp do tiếng ồn. Tiếng ồn cũng là trong những tác nhân gây ô nhiễm mà từ trước đến nay ít người chú ý hoặc chú ý nhưng không có hướng giải quyết triệt để

- Ô nhiễm tiếng ồn là sự tồn tại các loại âm thanh khiến người nghe cảm thấy khó chịu. Tiếng ồn gây mất ngủ, stress, ả nh hưởng tới tim mạch, giảm tuổi thọ, tăng huyết áp, nghễnh ngãng, điếc.

- Tiếng ồn phổ biến hiện nay thường phát ra từ các máy móc công nghiệp, các phương tiện giao thông vận tải (xe hơi, xe lửa, máy bay), hộp gây ồn (cassette, tivi, máy đĩa)... Đơn vị đo tiếng ồn là décibel (dB). Ví dụ tiếng xe chạy trên đường phố 70-90 dB, tiếng búa máy 90 dB, tiếng xe lửa 90-95 dB, máy bay phản lực cất cánh 130 dB... Theo qui định của Hiệp hội Chống tiếng ồn quốc tế (AICB) thì tiếng ồn cho phép trong sản xuất là 95 dB ±5, ở Việt Nam là 85 dB.

- Mức ảnh hưởng của tiếng ồn còn phụ thuộc vào cường độ thời gian tiếp xúc và độ nhạy cảm của cơ thể Tai có chức năng nghe và thăng bằng, dễ bị ảnh hưởng bởi tiếng ồn xung quanh, nhất là người trên 40 tuổi. Khi tiếng ồn đạt 100 dB, phải chịu

đụng thường xuyên thì một phần của tế bào có tiêm mao trong tai bị phá hủy, mê lộ tổn thương không có khả năng hồi phục.

Tai gặp âm thanh quá cao có nguy cơ thủng màng nhĩ, sai các khớp, lâu dài có thể điếc. Lúc đầu tiếp xúc với tiếng ồn, ta chỉ thấy ù tai, sức nghe và khả năng phân biệt tiếng động giảm. Ra khỏi nơi ồn thì hết. Nhưng nếu cứ kéo dài như vậy, tai sẽ nghe kém dần rồi điếc. Thời gian tiếp xúc với tiếng ồn tới khi bị điếc nghề nghiệp là 3-6 tháng. Gọi là điếc nghề nghiệp khi thính lực ở tai nghe rõ nhất giảm 35 dB, đó là điếc tiếp âm đối xứng.

Các loại điếc và giảm thính lực

Tai gồm có tai ngoài, tai giữa và tai trong. Tai ngoài có nhiệm vụ khuếch đại và hướng âm thanh vào màng nhĩ. Tai giữa gồm màng nhĩ và 3 xương nhỏ có nhiệm vụ truyền âm thanh từ môi trường không khí vào môi trường nước của tai trong. Tai trong có các tế bào thần kinh thính giác biến đổi sóng âm thanh cơ học thành những xung động điện thần kinh, truyền theo dây thần kinh thính giác về não. Các bệnh lý ở tai ngoài và tai giữa có thể ảnh hưởng đến cơ chế dẫn truyền âm thanh, đấy là loạ i điếc và giảm thính lực dẫn truyền. Các bệnh lý ở tai trong trở đi có thể ảnh hưởng đến phần thần kinh nhận cảm âm thanh, đấy là loại điếc và giảm thính lực tiếp nhận, hay còn gọi là điếc và giảm thính lực thần kinh. Ngoài ra còn có loại điếc và giảm thính lực hỗn hợp có bệnh lý ở cả hai loại trên.

Điếc và giảm thính lực dẫn truyền nói chung có thể phẫu thuật. Đó là các phẫu thuật can thiệp vào cơ chế dẫn truyền cơ học của âm thanh ở tai ngoà i hay tai giữa. Điếc và giảm thính lực tiếp nhận nói chung không thể phẫu thuật để điều trị, thuốc men cũng tác dụng hạn chế. Dẫu sao trường hợp điếc hoàn toàn cả hai tai cũng còn hy vọng ở việc cấy ốc tai. Và trong đại đa số các trường hợp, máy trợ thính có thể hữu ích.

Lão thính là gì?

Là dần dần nghe kém khi tuổi ngày một cao; khoảng 30% người hơn 65 tuổi và 50% người hơn 75 tuổi bị nghe kém. Thường họ nghe kém nhiều ở các âm cao như giọng phụ nữ hoặc trẻ con, tiếng chim kêu, chuông điện thoại; còn những âm trầm như là giọng nam, động cơ xe... thì lại nghe được. Thường bệnh nhân nghe kém cả 2 tai, bệnh đến một cách từ từ nên họ không biết là mình nghe kém.

Triệu chứng của lão thính: Âm thanh dường như không rõ, trầm đi, gây nên nghe kém và không hiểu lời nói. Người bệnh thường than phiền người khác nói líu ríu, nghe nhưng không hiểu người khác nói gì, đặc biệt là ở chỗ ồn. Bệnh nhân nghe của giọng nam giới rõ hơn giọng nữ giới, có thể kèm theo ù tai.

Nguyên nhân của lão thính: Lão thính là điếc tiếp nhận, do hư hỏng những tế bào lông ở tai trong. Rất nhiều nguyên nhân như:

- Tiếng ồn lặp đi lặp lại lâu ngày;
- Kém máu nuôi dưỡng tai trong do bệnh tim, cao huyết áp, bệnh mạch máu, tiểu đường;
- Một số thuốc như sspirine và kháng sinh.
- Do di truyền, do tuổi già..

Làm gì để có sức nghe tốt?

Những tổn thương của các tế bào lông do tiếng ồn gây nên có thể phòng ngừa được bằng cách tránh tiếng ồn. Trước hết, cần nhận thức được rằng những âm thanh cường độ lớn có thể gây tổn hại cho tai trong để tránh và làm giảm tiếng ồn hằng ngày ở nơi làm việc cũng như ở nhà Cần thực hiện những biện pháp bảo vệ tai khi làm việc ở môi trường nhiều tiếng ồn, có thể đeo máy trợ thính. Cũng cần giảm bớt tiếng ồn trong nhà, nói chuyện khi nhìn thấy mặt nhau, nói chậm, rõ, nhưng không la lớn, khi cần lặp lại thì nói cách khác...

Khi giao tiếp với người điếc và giảm thính lực, cần làm gì?

Đây là các mẹo khi giao tiếp với người điếc và giảm thính lực, bạn có thể hướng dẫn người khác khi trong gia đình họ có người điếc và giảm thính lực:

- Nhìn mặt người điếc và giảm thính lực khi nói chuyện để họ có thể thấy mặt của bạn.

- Tắt máy nghe nhạc, radio, T.V khi nói chuyện.

- Không nói khi đang nhai, không lấy tay che miệng;

- Nói hơi lớn hơn bình thường, nhưng không được hét to; nói chậm rãi.

- Khi lặp lại thì dùng câu đơn giản, ngắn.

- Ở nơi đông người như nhà hàng, chọn chỗ ngồi xa đám đông và ít ồn nhất.

Vai trò của tiếng ồn trong điếc và giảm thính lực

Khoảng 10% dân số bị điếc và giảm thính lực do nhiều nguyên nhân; trong đó, tiếng ồn có thể là nguyên nhân của khoảng 50% các trường hợp.

Tiếng súng nổ, bom nổ gần tai, còi báo động gần tai có thể gây ra điếc. Tiếng ồn công nghiệp trên 85 dB tiếp xúc lâu có thể gây điếc. Trong đời sống hằng ngày với đủ loại tiếng ồn của xe cộ, máy móc, các phương tiện giải trí, ca nhạc... chúng ta cần nhận thức được rằng bất kỳ loại tiếng ồn nào cũng có thể gây ra điếc và giảm thính lực khi chúng ta tiếp xúc với chúng đủ lâu.

Có thể nào bị điếc khi nghe tiếng động lớn chỉ 1 lần? Có. Những tiếng động rất lớn như súng, bom nổ gần tai, còi báo động gần tai có thể gây điếc, mặc dầu không phải luôn luôn.

Mức ồn nào có thể gây tổn thương vĩnh viễn ở tai? Trên 85 dB. Tổn thương phụ thuộc vào độ lớn của tiếng ồn và thời gian tiếp xúc với tiếng ồn đó mỗi ngày.

Các dấu hiệu báo động? Ở nơi nào mà bạn phải hét để nói chuyện là mức tiếng ồn ở đó có thể gây tổn thương tai. Tiếng o o trong tai (ù tai) xuất hiện sau khi tiếp xúc với tiếng ồn và kéo dài hàng giờ là dấu hiệu báo động. Khi một người nói rằng nghe tiếng đàn ông rõ hơn tiếng phụ nữ là đã có giảm nghe ở các tần số cao.

Làm thế nào để bảo vệ sức nghe? Tránh tiếng ồn, nếu không tránh được thì phải có những dụng cụ bảo vệ. Ở trong môi trường nào mà nói chuyện khó nghe thì chúng ta biết rằng trong môi trường đó, tiếng ồn đã đủ lớn để có thể gây tổn thương tai. Nên ở xen kẽ nơi ồn ào và nơi yên lặng để cho tai nghỉ ngơi. Hạn chế khoảng thời gian tiếp xúc tiếng ồn. Nếu phải tiếp xúc với tiếng ồn đều đặn, cần kiểm tra thính lực đồ âm đơn ít nhất mỗi năm 1 lần.

Người bị điếc và giảm thính lực có bị cô độc?

Điếc và giảm thính lực là mất mát lớn, nhiều người bệnh có những phản ứng tiêu cực, hoang mang lo sợ. Đó là những phản ứng tự nhiên, gia đình và bạn bè khi hiểu rõ sẽ làm thuyên giảm những phản ứng tâm lý đó. Âm thanh nền trong môi trường tạo nên một cảm giác rằng mình đang sống. Khi không nghe những tiếng động này (tiếng rì rầm của xe cộ, tiếng nói chuyện, tiếng nước chảy, tiếng radio...), người ta có cảm giác chết chóc, và xuất hiện trầm cảm. Những lúc họp mặt bạn bè, các đám tiệc, người bệnh bị căng thẳng, không theo kịp những mẩu đối thoại nên dần tự rút lui khỏi những hoạt động xã hội, tự cô lập mình.

Điếc ảnh hưởng thế nào đến gia đình?

Các loại điếc và giảm thính lực gây nghe kém, đồng thời cũng gây khó khăn trong việc hiểu lời nói. Nếu người thân cứ cố gắng nói to lên và lặp đi lặp lại nhiều lần thì dễ tạo sự bực mình, căng thẳng. Sự hiểu nhầm lời nói có thể làm các thành viên khác trong gia đình không muốn nói chuyện nữa, và người điếc bị cô độc. Sự hiểu biết và hợp tác của tất cả các thành viên trong gia đình có thể thay đổi mọi việc tốt hơn:

- Làm cho người điếc và giảm thính lực chú ý đến bạn trước khi bắt đầu nói để họ lắng nghe bạn.

- Không nên nói từ phòng khác.

- Làm giảm những tiếng động trong nhà (tivi, radio, vòi nước chảy).

- Nếu cần lặp lại thì nên nói câu đơn giản và khác đi thì sẽ dễ hiểu hơn.

Thủng màng nhĩ

Màng nhĩ là một màng nằm cuối ống tai ngoài, phân chia tai ngoài và tai giữa. Màng nhĩ rung động khi có sóng âm truyền từ ống tai vào và sự rung động này được truyền vào tai trong để biến đổi thành điện thế ốc tai, theo các dây thần kinh thính giác lên não. Phần căng của màng nhĩ bao gồm lớp biểu mô, tổ chức xơ và niêm mạc. Kết cấu đó nhiều khi bị thủng vì một tác động vật lý hoặc bệnh lý.

Nguyên nhân:

- Vật nhọn đâm vào (chấn thương trực tiếp): Thường là bất cẩn lúc lấy ráy tai, để dụng cụ đâm vào màng nhĩ.

- Chấn thương gián tiếp (có áp lực quá mạnh tác động lên màng nhĩ). Trường hợp này xảy ra khi bị người khác tát tai quá mạnh, khi chấn thương bom mìn hay lặn quá sâu.

- Viêm nhiễm từ vùng mũi họng theo vòi Eustache lên hòm nhĩ, gây tụ dịch, tụ mủ trong hòm nhĩ và làm thủng nhĩ từ trong ra (trường hợp viêm tai giữa).

Dấu hiệu nhận biết: Đau nhói trong tai, ù tai, chảy máu tai, chóng mặt và điếc. Nếu chỉ rách màng nhĩ đơn thuần thì điếc nhẹ, nếu tổn thương sâu đến tai trong thì điếc nặng hơn. Nếu thủng nhĩ do viêm tai giữa cấp thì trước đó sẽ có triệu chứng sốt nóng, đau nhức trong tai, ù tai, nghe kém. Khi màng nhĩ thủng, mủ thoát ra được ra ngoài ống tai thì các triệu chứng trên giảm đi. Trường hợp

thủng nhĩ do viêm tai giữa thanh dịch thì triệu chứng không rõ ràng và diễn biến phức tạp hơn.

Biến chứng: Thủng màng nhĩ có nhiễm trùng lâu ngày sẽ gây viêm xương chủm và đưa đến những biến chứng nặng hơn do ổ viêm lan toả vào các vùng lân cận (viêm màng não, áp xe não, viêm xoang tĩnh mạch bên, liệt mặt...).

Điều trị: Nếu lỗ thủng màng nhĩ có đường kính dưới 3 mm và ở trung tâm thì có thể vá đơn giản bằng một mảnh giấy mỏng hoặc vỏ tỏi, mục đích là để phần màng nhĩ quanh lỗ thủng có điểm tựa để tạo sẹo bít lỗ thủng. Trường hợp thủng mà ng nhĩ lâu ngày bị nhiễm trùng thì phải điều trị như viêm tai giữa. Nếu nỗ thủng màng nhĩ lớn và có viêm nhiễm nhiều thì phải làm sạch hòm nhĩ, xương chủm và vá lại màng nhĩ bằng cân cơ thái dương (dùng màng cơ thái dương để vá). Các phẫu thuật này hiện được thực hiện phổ biến tại Trung tâm Tai mũi họng TP Hồ Chí Minh và tại các khoa tai mũi họng của các bệnh viện khác.

Để phòng ngừa thủng màng nhĩ, phải cảnh giác khi ngoáy những vật nhọn vào tai. Tích cực điều trị các bệnh về mũi họng vì nó có thể gây viêm tai giữa mủ và làm thủng màng nhĩ, ảnh hưởng đến sức nghe và có thể dẫn đến những biến chứng nguy hiểm đến tính mạng.

Viêm tai giữa cấp trẻ em

Viêm tai giữa cấp ở trẻ em là một bệnh thường gặp. Tuy là bệnh cấp, nhưng dễ điều trị. Dùng thuốc đúng cách trong 10 ngày là bệnh có thể khỏi.

Triệu chứng: Bệnh thường gặp ở trẻ nhỏ từ 18 tháng đến 3 tuổi. Trước đó, trẻ có bị sổ mũi, nghẹt mũi, ho thoáng qua. Chính bệnh viêm mũi họng này đã đưa vi khuẩn vào tai giữa qua một đường tự nhiên, đó là vòi nhĩ. 1-2 ngày sau khi vi khuẩn đã vào, tai giữa bị viêm cấp, em bé sốt 38-39 độ C. Có em bị động kinh hoặc rối loạn tiêu hoá, nôn, trớ, tiêu chảy. Ngoài ra, tai bị nhức rất nhiều, đến nỗi em bé chỉ khóc mà thôi. Nhiều em bé quá nhỏ,

không chỉ được nơi nhức, nên gia đình không biết được nguyên nhân khóc kéo dài của bé

Ngoài hai triệu chứng trên, còn một triệu chứng nữa rất khó phát hiện ở bệnh nhân nhỏ, đó là nghe kém và tai bị viêm. Phát hiện một em bé nghe kém không phải dễ vì bé có thể nghe tai bên kia bù trừ. Nếu không điều trị hoặc điều trị không đúng cách, mủ phát triển nhiều trong tai giữa, gây thủng nhĩ, tai chảy mủ ra ngoài. Mủ màu vàng, có khi đặc, có khi lỏng, không hôi. Khi mủ ứ trong tai tuôn được ra ngoài, triệu chứng nhức và sốt giảm hẳn, trẻ nghe kém nhiều hơn, nhưng rất khó phá t hiện. Tuy triệu chứng (nhức tai và sốt) có giảm nhưng màng nhĩ lại thủng, vi khuẩn từ ngoài có thể tự do vào hòm nhĩ và viêm tai giữa cấp dần chuyển thành viêm tai giữa mạn. Vài năm sau, bệnh chuyển thành viêm tai xương chũm và có thể gây biến chứng nội sọ nguy hiểm. Điều này quan trọng là nhận biết được bệnh viêm tai giữa cấp còn trong thời kỳ chưa thủng nhĩ và điều trị tích cực, bệnh sẽ khỏi hẳn.

Định bệnh viêm tai giữa cấp ở trẻ nhỏ không phải dễ. Khi em bé khóc vô cớ, chứng tỏ em bị đau nhức nhiều ở một vùng nào đó trong cơ thể. Ở trẻ nhỏ thường có hai nơi bị đau nhức nhiều, đó là đau bụng và đau tai. Trong bệnh này, nếu sờ vào bụng, em bé không khóc ré thêm thì triệu chứng đau bụng bị loại. Ta lắc nhẹ vành tai em bé, vành tai bên nào bị lắc làm cho em bé khóc ré hay khóc ngất thêm thì chứng tỏ tai bên đó bị nhức. Nhức tai có kèm theo sốt là em bé bị viêm tai giữa cấp.

Điều trị tương đối dễ một khi đã định được bệnh. Giảm sốt bằng cách cho em bé uống acetaminophen nước. Điều quan trọng là phải diệt khuẩn ở tai giữa. Thuốc thường dùng ở đây là thuốc phối hợp giữa amoxycillin và clavulanic acid (Augmentin, Ciblor...) Phải điều trị kháng sinh ít nhất 10 ngày. Bệnh có thể khỏi.

Tuy là bệnh cấp nhưng viêm tai giữa có thể phòng ngừa được. Trước nhất là phải giữ mũi họng cho sạch, năng tắm rửa, rửa tay thường xuyên, nhất là trước bữa ăn. Nên ăn nhiều chất bổ dưỡng để em bé có sức đề kháng. Mỗi khi em bé ho, sổ mũi thì phải

điều trị ngay, đừng để chuyển sang viêm tai giữa cấp. Một khi phát hiện bệnh viêm tai giữa cấp, nên đi điều trị chuyên khoa ngay để có cách xử trí đúng và tránh được viêm tai giữa mạn, viêm tai xương chũm sau này.

Bệnh viêm tai giữa mạn

Viêm tai giữa mạn, còn gọi là chảy mủ tai, là bệnh tương đối phổ biến ở trẻ em. Đây là một bệnh dai dẳng, mủ tai chảy khi bớt, khi không và kéo dài nhiều năm liền. Nếu để lâu không điều trị, bệnh trở thành viêm tai xương chũm, có biến chứng nguy hiểm (bệnh nhân có khả năng tử vong).

Bệnh viêm tai giữa mạn lúc nào cũng bắt đầu từ viêm tai giữa cấp. Bệnh nhân bị sốt cao, nhức tai và nghe kém. Nếu điều trị đúng cách, bệnh sẽ khỏi trong vòng vài ngày. Nếu không điều trị đúng cách, bệnh sẽ chuyển sang viêm tai giữa mạn. Tai bắt đầu chảy mủ Mủ có thể chảy liên tục hay từng đợt. Nếu điều trị với kháng sinh, nhỏ tai, bệnh có thể khỏi trong vòng một thời gian dài, nhưng sau đó lại tái phát. Nước chảy ra ban đầu là dịch đục không hôi. Đây là thời kỳ chỉ viêm tai giữa mạn đơn thuần mà thôi. Một thời gian sau, nước chảy ra là mủ, có mùi hôi. Đây là thời kỳ viêm tai giữa đã lan dần vào trong và gây viêm tai xương chũm. Cuối cùng, nước chảy ra là mủ có mùi thối khẳm như mùi cóc chết. Đây là thời kỳ tai có chứa một khối mềm, gọi là Cholestéatome. Chính khối này to dần và gây chiến chứng chết người.

Những biến chứng do khối này gây nên thường là áp xe đại não, viêm xoang tĩnh mạch bên và viêm màng não. Giữa tình trạng bệnh thông thường và tình trạng biến chứng có giai đoạn chuyển tiếp, còn gọi là "hội chứng hồi viêm". Lúc đầu, bệnh nhân vẫn sinh hoạt như thường, tai chảy mủ khi nhiều khi ít. Đột nhiên bệnh nhân sốt cao 38- 39 độ C, tai bệnh nhức nhiều hơn, nghe kém hơn, mủ trong tai có khi chảy ra rất nhiều, có khi bị kẹt lại không chảy ra được.

Hội chứng hồi viêm này là triệu chứng chỉ điểm, báo trước trong vòng 12 hoặc 24 giờ sau là có biến chứng nguy hiểm. Nếu

can thiệp vào thời điểm này tránh được tử vong cho bệnh nhân. Trong trường hợp gia đình không biết để đưa đi điều trị sớm, biến chứng tất yếu sẽ xảy ra.

Mỗi biến chứng đều có một triệu chứng chính:

- Trong biến chứng áp xe đại não, bệnh nhân bị động kinh toàn thân, hoặc động kinh một phần cơ thể và yếu chi bên đối diện của tai bệnh.

- Trong biến chứng áp xe tiểu não, bệnh nhân bị chóng mặt, đứng không vững, nhất là bệnh nhân đứng chụm chân, nhắm mắt.

- Trong biến chứng viêm xoang tĩnh mạch bên, bệnh nhân bị rét run, sốt cao 40-41 độ C. Triệu chứng này xuất hiện nhiều lần trong ngày.

- Trong biến chứng viêm màng não, cổ bệnh nhân bị cứng, bệnh nhân không thể nào cúi đầu xuống cho cằm chạm ngực được.

Một khi biến chứng xảy ra, nếu không điều trị kịp thời, bệnh nhân bị tử vong trong vài ngày sau đó

Người bị chảy mủ tai cần phải được chăm sóc chu đáo. Phải đi khám định kỳ để giảm sự phát triển của bệnh. Trong trường hợp dịch tai chảy ra là mủ không hôi, bệnh chưa có khả năng gây biến chứng. Tuy nhiên, phải điều trị tích cực. Trong trường hợp dịch chảy ra là mủ có thối khẳm, phải đưa bệnh nhân đến bệnh viện chụp X-quang, đánh giá tình trạng xương chũm. Bệnh nhân có thể được mổ sớm, lấy khối mềm ra và tránh được biến chứng.

Trong trường hợp hội chứng hồi viêm xuất hiện, phải đưa bệnh nhân đến bệnh viện và mổ cấp cứu. Không được chần chừ một giây phút nào. Càng kéo dài thời gian, tử vong do biến chứng càng gần kề Tại bệnh viện, gặp trường hợp có hội chứng hồi viêm này, bệnh nhân được mổ cấp cứu để tránh biến chứng nguy hiểm.

Trong trường hợp trễ, đã xuất hiện các triệu chứng của biến chứng, phải tức tốc đưa bệnh nhân đế n bệnh viện ngay để xin mổ tối cấp. Chậm trễ trong tình trạng này, bệnh nhân sẽ bị tử vong.

Bệnh viêm tai giữa mạn là bệnh thường bị coi là nhẹ Tuy nhiên, diễn tiến bên trong phức tạp và có thể gây tử vong cho bệnh nhân.

Cấy ốc tai chữa điếc

Ốc tai điện tử thay thế ốc tai thật nên nó có một vai trò rất quan trọng trong toàn bộ quá trình nghe. Ốc tai điện tử sẽ chuyển âm thanh thành tín hiệu điện, những tín hiệu này sẽ kích thích các sợi thần kinh tai trong, giúp người điếc nghe được âm thanh và lời nói. Cấy ốc tai là một thành tựu lớn của y học, giúp cho người điếc nặng và sâu có thể nghe được. Kỹ thuật này được thực hiện trên thế giới cách đây 20 năm, đến nay đã có hàng chục ngàn người được cấy và sau đấy đã nghe rất tốt. Ở Việt Nam, kỹ thuật này chỉ mới được thực hiện khoảng vài năm nay do giá tiền ốc tai điện tử khá đắt. Nếu thực hiện ở nước ngoài thì chi phí cho một lần cấy ốc tai lên đến 30.000 USD. Đó là chưa kể chi phí cho những lần khám định kỳ để kiểm tra hiệu chỉnh máy và luyện nghe nói.

Khi các tế bào lông trong tai bị hư hại hoặc mất đi một phần, tai sẽ nghe kém. Người bệnh nên chọn đeo loại máy nghe thích hợp. Khi toàn bộ tế bào lông bị mất hoặc hư hại, tai sẽ điếc; thường thì các sợi thần kinh thính giác còn nguyên, không hư hại gì nhưng lại không nhận được các tín hiệu xung điện.

Không phải trường hợp điếc nào cũng cần cấy điện ốc tai để nghe lại bình thường. Nếu dây thần kinh thính giác còn nguyên hoặc hư hại ít thì mới có thể cấy điện ốc tai. Các đối tượng có thể cấy ốc tai được là người lớn hoặc trẻ em sinh ra đã điếc hoặc điếc sau khi sinh (phải là điếc ốc tai, từng sử dụng máy nghe mà không có kết quả).

Còn người điếc sử dụng máy nghe có hiệu quả, người điếc sâu quá lâu, dây thần kinh thính giác chưa từng được kích thích; người điếc mà nguyên nhân không phải do ốc tai hoặc dây thần kinh thính giác bị hư hay không có, người không đủ sức khỏe chịu đựng cuộc phẫu thuật... không phù hợp với cấy ốc tai.

Các loại ốc tai điện tử

Có 2 loại ốc tai điện tử chính: ốc tai điện tử đơn kênh và ốc tai điện tử đa kênh. Ốc tai điện tử đơn kênh rẻ hơn, chỉ khoảng 5.000 - 6.000 USD nhưng chỉ nhận biết được âm thanh. Muốn giao tiếp, người sử dụng phải kết hợp nhìn hình miệng.

Ốc tai điện tử đa kênh đắt hơn, giá 17.000 - 25.000 USD tùy loại vì có thiết kế cực nhạy với độ trầm bổng của âm thanh, như ốc tai người thật. Người bệnh sẽ nghe được và khi giao tiếp, không cần kết hợp nhìn hình miệng của người đối diện.

Hiệu quả cấy điện ốc tai

Hiệu quả khác nhau đối với mỗi người, nó phụ thuộc vào nhiều yếu tố như thời gian điếc, số tế bào thần kinh thính giác còn sót lại và sự nhanh nhạy của từng người. Thời gian bị điếc càng ngắn thì kết quả càng tốt; người bị điếc đột ngột được cấy ốc tai trong vòng một tháng sau điếc thì có thể nghe và giao tiếp gần như thời gian trước khi bị điếc. Trẻ điếc từ trong bụng mẹ được cấy ốc tai khoảng 2 - 3 tuổi là tốt nhất; so với những trẻ khác, các cháu có thể phát triển ngôn ngữ gần như bình thường.

Với ốc tai điện tử đa kênh đời mới 24 điện cực, người bệnh sẽ nghe được các âm thanh hằng ngày xung quanh mình; đặc biệt là các âm thanh của giao thông như còi xe, còi báo động, nhờ đó tránh được tai nạn. Với thời gian, người được cấy ốc tai sẽ hiểu được lời nói không cần nhìn miệng, giọng nói sẽ được tự chỉnh ngày một đúng hơn và nhờ thế giao tiếp sẽ tốt hơn. Đặc biệt với hai loại ốc tai điện tử Combi 40+, người được cấy có thể nghe và hiểu trong môi trường ồn, một số người đạt hiệu quả tốt có thể nói chuyện qua điện thoại.

Đoán bệnh qua nước mũi

Bình thường nước mũi không màu, trong suốt và hơi nhầy. Khi nước mũi quá nhiều hoặc có màu sắc, tính chất, trạng thái

không bình thường, chúng ta cần lưu ý để chẩn đoán và điều trị bệnh sớm. Sau đây là một số cách phân biệt bệnh qua nước mũi:

- Nước mũi loãng, trong suốt, như nước trong: Thường thấy khi cảm cúm, phong hàn hoặc viêm mũi cấp tính, viêm mũi do dị ứng. Nếu cảm cúm, phong hàn thì niêm mạc mũi, amiđan và vách sau họng bị xung huyết (nhìn thấy đỏ). Nếu viêm mũi thì niêm mạc mũi trắng nhợt, phù, màu xám xanh. Sau phẫu thuật nếu có nước mũi trong nhỏ giọt đều và nhanh, cần đến bác sĩ ngoại khoa thần kinh khám và điều trị.

- Nước mũi màu vàng thỉnh thoảng chảy ra ở một bên mũi: Do nhọt bọc ở hàm trên chảy ra.

- Nước mũi mủ vàng: Thường gặp khi cảm cúm phong nhiệt, viêm mũi mãn tính; ở trẻ em còn có thể do dị vật nằm trong mũi lâu ngày. Nước mũi không nhiều nhưng sệt dính, khó xì (hỉ) ra.

- Nước mũi hôi, màu vàng lục hoặc có vảy mũi: Gặp ở dạng viêm mũi do teo héo (cổ họng thường khô khốc, ngạt mũi, khứu giác giảm, kèm theo đau đầu và chảy máu mũi).

- Nước mũi nhầy, màu trắng: Thường thấy ở viêm mũi mạn tính.

- Nước mũi như bã đậu trắng, có mùi hôi kỳ lạ Thường thấy ở bệnh viêm mũi do chất casein.

- Nước mũi có máu: Do chấn thương mũi, phẫu thuật, viêm nhiễm do dị vật hoặc mắc bệnh toàn thân như cao huyết áp, xơ cứng động mạch... Đây cũng có thể là triệu chứng thời kỳ đầu của bệnh ung thư họng mũi.

- Nước mũi có màu đen: Do hít phải các chất bụi màu đen, thường gặp ở công nhân mỏ than, công nhân đúc.

Chảy máu mũi

Mũi gồm hai ngăn, như hai ống xếp song song nhau, ở phía trước là hai lỗ mũi; ở phía sau thông với họng. Hai hốc mũi được phủ niêm mạc, ngay dưới niêm mạc là hệ thống mạch máu chằng

chịt, li ti và khá mỏng manh. Vì thế, một sang chấn nhỏ cũng có thể gây chảy máu mũi và dân gian thường nói là chảy máu cam. Chảy máu mũi cũng có thể ở mức độ nhẹ hay nặng nhưng hiếm khi gây tử vong.

Nguyên nhân gây chảy máu mũi có thể là

- Chấn thương: Thường là do ngoáy mũi, cạy rỉ mũi, hay thấy ở trẻ em. Chảy máu dạng này ở mức độ nhẹ và có thể tự cầm được. Nếu bệnh nhân ngã và va đập vật cứng trong tai nạn lưu thông, tai nạn lao động, chảy máu có thể ít hoặc nhiều và cần đi khám bác sĩ ngay.

- Do viêm xoang cấp hoặc mạn tính nhưng không được điều trị và chăm sóc tốt, do dị vật mà trẻ đã nhét vào mũi, hoặc có khối u bên trong hốc mũi. Một số bệnh nhân sau phẫu thuật vùng mũi xoang hoặc mắt cũng có thể chảy máu mũi.

- Do mắc bệnh nội khoa hoặc cơ thể có những thay đổi thất thường. Một số bệnh nhân cao huyết áp trên 50 tuổi tự nhiên chảy máu mũi khá nhiều, tái đi tái lại, thường xảy ra về đêm. Phụ nữ có thai, trẻ em chạy chơi nhiều ngoài nắng hoặc người mắc bệnh nhiễm trùng gây sốt cao, mắc bệnh về máu, bị sốt xuất huyết hoặc thiếu sinh tố do suy dinh dưỡng cũng có thể chảy máu mũi.

- Do hoá chất: Một số thuốc điều trị đặc hiệu như Aspirine (acetylsalicylic acid), thuốc chống đông (Coumadin, Hepamine), Chloraphenicol hoặc sơn, mực, Sulfuric acid, amoniac, xăng, rượu, chất glutaraldenhyde (dùng để vô trùng dụng cụ nội soi)... nếu dùng nhiều hoặc phải tiếp xúc nhiều có thể làm cho ta chảy máu mũi.

Ngoài ra, khi khám bệnh và làm xét nghiệm một số trường hợp chảy máu mũi, bác sĩ không tìm thấy nguyên nhân. Đó là chảy máu mũi vô căn.

Cách xử trí

- Bình tĩnh cho bệnh nhân nằm nghiêng hoặc ngồi thoải mái, hơi cúi đầu về phía trước.

- Nếu máu chảy ít, máu thường chảy ra cửa mũi trước, ta dùng ngón tay bóp chặt hai cánh mũi từ 5 đến 10 phút và bảo bệnh nhân thở bằng miệng. Máu sẽ tự cầm và sau đó nên cho bệnh nhân nghỉ ngơi. Lưu ý không được nhét bất cứ vật gì hoặc chất gì vào mũi vì sẽ khó lấy ra và sẽ có thể gây kích thích khó chịu cho niêm mạc mũi.

- Nếu chảy máu nhiều, máu sẽ chảy xuống cửa mũi sau rồi chảy xuống miệng, thường là máu đỏ tươi hoặc đóng cục, bệnh nhân phải nhổ ra; nếu nuốt sau đó sẽ nôn, dễ làm bệnh nhân choáng hoặc sặc vào phổi, rất nguy hiểm cho tính mạng.

- Ở bệnh viện, tùy theo mức độ chảy máu, bệnh nhân sẽ được hồi sức và cầm máu bằng cách hút sạch máu trong mũi, nhét bấc vào mũi hoặc đốt điện; trường hợp nặng có thể phẫu thuật buộc mạch máu.

- Nếu chảy máu tái phát nhiều lần hoặc chảy máu nhiều, bệnh nhân cần được đưa đến bệnh viện cầm máu cấp cứu, tìm ra nguyên nhân để có hướng điều trị kịp thời và thích hợp.

Viêm mũi dị ứng

Viêm mũi dị ứng xảy ra với bệnh nhân có cơ địa dị ứng khi tiếp xúc với dị nguyên có trong không khí (phấn hoa, bụi nhà, nấm mốc, yếu tố thời tiết...)

Triệu chứng:

Nhảy mũi, ngứa mũi, chảy mũi, nghẹt mũi, đôi khi có kèm theo các triệu chứng ở mắt như: đỏ, ngứa, chảy nước mắt. Ở môi trường ô nhiễm không khí, nguồn dị nguyên với số lượng lớn sẽ làm tăng số bệnh nhân dị ứng. Khi có dấu hiệu nói trên, bạn nên đến các bác sĩ chuyên khoa tai mũi họng để được khám và hướng dẫn điều trị.

Điều trị:

- Cắt đứt nguồn dị nguyên: Không thể thực hiện đầy đủ vì khó thay đổi môi trường sống và làm việc, không nuôi chó mèo

trong nhà - nhất là trong phòng ngủ, vệ sinh môi trường nhà cửa để giảm lượng kháng nguyên là bụi nhà

- Dùng thuốc kháng histamine: Là phương pháp phổ biến; có thể dùng dạng uống có tác dụng kéo dài, loại không gây ngủ và ít tác dụng phụ trên tim mạch..., hoặc dùng dạng xịt mũi.

- Thuốc steroid xịt mũi: Dùng trong các trường hợp mạn tính, không giải quyết được bằng các thuốc kháng histamin.

- Miễn dịch trị liệu: Phương pháp đắt tiền, tốn nhiều thời gian, khó thực hiện vì phải tìm đúng dị nguyên đặc hiệu.

Để phòng ngừa viêm mũi dị ứng, tốt nhất ta nên hạn chế tiếp xúc với các dị nguyên.

Điều trị bệnh viêm xoang sàng

Xoang là những hốc xương rỗng trên khối xương mặt. Có hai nhóm xoang. Nhóm xoang trước gồm xoang trán, xoang hàm, xoang sàng trước. Nhóm xoang sau gồm: xoang sàng sau, và xoang bướm.

Tất cả các xoang này đều có lỗ thông vào mũi. Bệnh nhân bị viêm các xoang sau có cảm giác nước mũi chảy xuống họng, nhức âm ỉ quanh hai hốc mắt, hoặc ở vùng chân mày phía gần mũi, đôi khi lan đến vùng đỉnh đầu hoặc sau gáy. Để chẩn đoán xác định viêm các xoang sau, bệnh nhân thường được chụp X-quang bằng tư thế Hirzt (tư thế cằm - đỉnh đầu).

Cần lưu ý rằng, không phải triệu chứng nhức đầu nào cũng do bị viêm xoang. Khi chụp X-quang ở tư thế Hirzt, bác sĩ thường đọc và ghi kết quả là mờ xoang sàng. Thật ra mờ xoang sàng có nhiều mức độ và không đồng nghĩa với viêm xoang. Do đó, bệnh nhân nên đến khám tại các cơ sở có chuyên khoa tai mũi họng để được bác sĩ chẩn đoán chính xác. Hiện tại, Trung tâm Tai mũi họng TP.HCM và một số bệnh viên khác có nội soi mũi xoang; tức là đưa ống soi quang học có độ phóng đại vào mũi để quang sát các cấu trúc của mũi, nhất là các lỗ thông xoang. Các hình ảnh này được camera truyền lên màn ảnh, giúp bác sĩ chẩn đoán chính xác

bệnh nhân có thật sự bị viêm xoang hay không và có cách điều trị thích hợp.

Nếu bệnh nhân bị viêm các xoang sau thì các bước điều trị (từ thấp đến cao) sau đây sẽ được thực hiện:

- Điều trị nội khoa (kháng sinh, kháng Histamine, giảm viêm...).

- Làm thủ thuật Proertz (thường được gọi là một danh từ bình dân là "kê kê"). Bác sĩ sẽ dùng một dụng cụ đặt vào mũi và hút với một áp lực vừa phải để hút các chất dịch có trong xoang và đưa thuốc vào xoang.

- Nếu các phương pháp điều trị nên không khỏi thì phải phẫu thuật. Hiện nay phẫu thuật xoang sàng thường được thực hiện qua nội soi.

Viêm xoang sàng thường gây các biến chứng như viêm thị thần kinh hậu nhãn cầu (gây mờ mắt) và có thể lan đến các xoang khác.

Viêm các xoang cạnh mũi

Các xoang mặt được thông với mũi qua lỗ thông xoang. Niêm mạc của xoang rất nhạy cảm với sự thay đổi của nhiệt độ, độ ẩm, áp lực không khí, áp lực O2 và CO2. Viêm xoang có thể xảy ra do:

- Tắc lỗ thông xoang: Do viêm mũi hoặc lỗ thông nhỏ, chất dịch thoát ra không kịp làm cho lỗ thông phù và càng nhỏ thêm.

- Hệ thống lông chuyển ở mũi kém hoạt động.

- Tuyến nhầy của niêm mạc xoang quá hoạt động.

- Viêm mũi dị ứng, viêm mũi sau nhiễm virus (cúm, sởi...) và bị bội nhiễm, viêm mũi mạn tính gây polyp (thịt dư) mũi, dùng aspirin trong trường hợp không dung nạp được thuốc và làm nặng thêm polyp mũi xoang có sẵn.

- Nhiễm trùng từ mũi hoặc từ răng số 5, 6, 7 hàm trên.

- Sau chấn thương có tổn thương niêm mạc xoang.

- Một số nguyên nhân toàn thân: suy giảm miễn dịch, suy yếu niêm mạc đường hô hấp, rối loạn hệ thần kinh thực vật...

Nhóm xoang trước thường cho triệu chứng ở mũi, nhóm xoang sau thường cho triệu chứng phía họng.

Viêm xoang cấp sẽ có các triệu chứng thường gặp sau:

- Chảy nước mũi trong, dịch nhầy hoặc mủ. Nếu chảy mũi mủ, người bệnh ngửi thấy mùi hôi trong mũi; còn chảy mủ vì viêm xoang hàm do răng, người bệnh ngửi thấy mùi thối trong mũi.

- Nghẹt mũi, có thể tạm thời gây mất khứu giác.

- Có thể đau nhức quanh ổ mắt, nặng mặt, đau nhức một số vùng trên mặt: đau vùng má khi viêm xoang hàm, đau vùng góc trong trên mắt khi viêm xoang sàng, đau vùng đầu trong lông mày khi viêm xoang trán.

Trường hợp viêm xoang mãn tính:

- Nếu ở nhóm xoang trước: Hầu như không khó chịu gì, không nhức đầu, không chảy mũi, đôi khi mệt mỏi; có thể có triệu chứng xa nơi bệnh như ở đường tiêu hoá, phế quản, thận, khớp.

- Nếu ở nhóm xoang sau: Bệnh nhân không chảy mủ, đôi khi phải đằng hắng do có dịch xuống họng, nhức mắt, đau nhức vùng gáy, một số trường hợp bị mờ mắt do viêm thị thần kinh hậu nhãn cầu.

Điều trị:

- Điều trị viêm xoang không khó khăn lắm, chỉ cần bệnh nhân tuân thủ đúng liều thuốc, thời gian điều trị và lời khuyên của bác sĩ. Nên khám bệnh ở các cơ sở chuyên khoa, nếu tự ý dùng thuốc có thể gây nhờn thuốc hoặc gặp các tác dụng ngoại ý của thuốc, gây hại đến sức khỏe.

- Nếu sổ mũi, nghẹt mũi, đau đầu, đờm xuống họng..., có thể dùng thuốc kháng sinh, kháng histamine, giảm đau, giảm xung huyết (như đối với Decolgen, Actifed..., người cao huyết áp phải thật cẩn thận khi dùng); có thể dùng thêm thuốc xịt mũi, xông mũi tại nhà theo chỉ định của bác sĩ.

Cần lưu ý gì để phòng ngừa bệnh viêm xoang?

- Đeo khẩu trang khi đi đường và khi làm công việc nhiều bụi bặm.

- Trước khi vào đợt viêm xoang, có thể ngứa mũi, muốn hắt xì nhưng không làm được, một số người đã ngoáy mũi, tuy đỡ khó chịu hơn nhưng dễ mang vi trùng vào và làm cho bệnh nặng thêm.

- Khám và điều trị sớm các biểu hiện ở mũi, họng... để tránh bị viêm xoang mạn tính.

- Không đi bơi khi đang trong đợt viêm mũi xoang.

- Không nên cố gắng hỉ mũi mạnh khi mũi không thông vì sẽ đẩy chất viêm vào vòi nhĩ và tai.

- Chỉ hỉ mũi ra, không hít ngược vào trong như trẻ nhỏ thường làm.

- Bệnh có thể lây lan, vì vậ y không dùng chung vật dụng cá nhân với người bị viêm xoang.

Để điều trị viêm xoang, ngoài việc dùng thuốc, trong một số trường hợp, bác sĩ sẽ có chỉ định xông mũi tại nhà Bệnh nhân có thể mua dễ dàng dụng cụ xông mũi họng tại các nhà thuốc.

Cách xông mũi:

- Nhỏ mũi bằng Rhinex hoặc Nasoline 3-4 giọt mỗi bên. Lưu ý không dùng quá 3 đến 5 ngày vì dễ gây tình trạng viêm mũi do thuốc.

- 15 phút sau hỉ mũi sạch.

- Cho 200 ml nước nóng và 4-5 giọt Melyptol vào dụng cụ xông mũi họng, sau đó úp mũi và miệng vào hít thở đều trong 10-15 phút.

- Mỗi ngày chỉ nên xông mũi 1-2 lần.

Amiđan

Cắt amiđan được xem là việc rất bình thường, thậm chí nhiều người đã lạm dụng thủ thuật này. Do đó, chúng ta cần hết sức chú ý theo đúng ý kiến của bác sĩ (nhất là bác sĩ chuyên khoa về tai mũi họng) trước khi có ý định cắt amiđan...

Amiđan còn được gọi là hạch nhân hay thịt dư ở cổ họng, xuất hiện vào tháng thứ 3 của thời kỳ bào thai. Chúng phình to lên cho tới 14 - 15 tuổi rồi thoái hoá sau đó. Các amiđan vòm miệng dự phần vào việc tạo ra vòng waldeyer gồm các sùi vòm họng (VA) phía trên cao. Các amiđan vòm miệng nằm ngang trong ổ và một khối dạng bạch huyết bào của phần đáy lưỡi. Amiđan vòm miệng có dạng hình trái xoan, thành cặp và đối xứng, nằm gọn trong miệng yết hầu. Các amiđan nằm trên đường thâm nhập của các hạt nhỏ từ không khí và thức ăn, tạo miễn dịch hoặc gây dị ứng (tùy theo kích thước hạt).

Lúc nào cần cắt amiđan?

Ở trẻ em, cần cắt khi bị bệnh nhiễm trùng amiđan:

- Viêm họng cấp tính tái đi tái lại, đã được chữa trị bằng thuốc kháng sinh đều đặn nhưng vẫn không khỏi. Nhịp độ khoảng 3 cơn kịch phát viêm mỗi năm trong 3 năm liên tục, 5 cơn mỗi năm trong 2 năm hay 7 cơn trong 1 năm. Nên nhớ rằng việc cắt amiđan không loại trừ nguy cơ có các cơn viêm hầu.

- Nhiễm liên cầu trùng Béta tan máu nhóm A (thấp khớp cấp tính có biến chứng đặc biệt ở tim, viêm thận, tiểu cầu cấp tính). Phải triệt tiêu các ổ liên cầu trùng kia ngay.

- Viêm sưng amiđan gây khó hô hấp kèm theo xanh tím, nhịp tim nhanh, đổ mồ hôi, nghẹt mũi, tử vong.

Khi cắt amiđan nên kèm theo giải quyết sùi vòm họng (VA). Trong vài trường hợp, cần chẩn đoán kỹ lưỡng hơn:

- Bệnh nhiễm trùng amiđan thứ phát gây khó chịu có kèm cơn sốt. Quyết định cắt amiđan phải dựa vào hình dạng tại chỗ có

sự hiện diện các liên cầu trùng Bêta tan huyết nhóm A mà khi xét nghiệm, có bệnh hạch lớn.

- Sốt lâu do viêm amiđan mạn tính hoặc sẽ hết sốt khi cắt xong amiđan.

- Cắt amiđan ở người dị ứng: Việc cắt amiđan ở người mắc chứng hen sẽ khắc phục tốt tình trạng này.

Nên tránh cắt amiđan khi chưa tới 4 tuổi.

Ở người lớn, nên cắt amiđan trong các trường hợp sau:

- Viêm họng tái phát.

- Sưng tấy quanh amiđan ở người trẻ tuổi bị viêm hốc amiđan mạn tính.

- Viêm mạn tính.

Trường hợp không được cắt bỏ amydale:

- Có bệnh về máu: Trước khi cắt amiđan, cần tiến hành xét nghiệm về máu để tìm hiểu tình hình đông má u và chảy máu ở cơ địa bệnh nhân, làm bilan thể trọng máu, khảo sát tính đông và chảy máu có tính cá nhân hoặc gia đình (di truyền).

- Đối với những người chuyên nghiệp về giọng (ca sĩ, xướng ngôn viên...), việc cắt amiđan phải được suy nghĩ thật chín chắn.

BS Phạm Khắc Trí

Bệnh cường giáp

Một bệnh nhân bị kiệt sức. Theo người bệnh khai thì ông bị kém ăn trong thời gian dài dẫn đến không ăn được (trong vòng hơn một tháng sút 8 kg). Những ngày bệnh nặng, tim ông đập nhanh (trên 105 nhịp/phút), vã mồ hôi và run tay. Ông đã điều trị ở bệnh viện tuyến dưới nhưng chưa phát hiện ra bệnh gì. Sau khi thăm khám làm xét nghiệm máu, bác sĩ phát hiện ông bị bệnh cường giáp.

Tuyến giáp là một cơ quan nằm ở phần trước cổ phía dưới cằm. Cường giáp là tình trạng hoạt động quá mức của tuyến giáp

dẫn đến việc tăng sản xuất hoóc môn. Việc hoóc môn giáp trong máu nhiều hơn bình thường đã ảnh hưởng đến tất cả các hoạt động của cơ thể kể cả tuyến sinh dục (buồng trứng và tinh hoàn). Khoảng 0,5% dân số mắc bệnh này, nhưng hay gặp ở phụ nữ từ 20 đến 50 tuổi. Rất ít khi có bệnh ở trẻ dưới 10 tuổi. Tình trạng cường giáp kéo dài sẽ dẫn đến suy tim, yếu cơ, giảm cân, giảm khả năng làm việc (suy nhược thần kinh, mất tập trung), rối loạn hoạt động tình dục (giảm khả năng thụ tinh và kinh ít ở nữ, giảm tinh trùng và bất lự c ở nam). Nếu bị lồi mắt, mắt sẽ không nhắm được, đỏ, viêm kết mạc, có thể mù

Thường bệnh nhân hay có các triệu chứng sau đây:

- Dễ xúc động, lúc nào cũng cảm thấy nóng nực và ẩm, run tay, đổ mồ hôi, có khi lo lắng, bồn chồn, mệt, tim đập mạnh, nhanh, không đều.

- Bệnh nhân gầy nhanh dù ăn nhiều. Phụ nữ hay người lớn tuổi có thể tăng cân.

- Tính khí gắt gỏng, bất thường.

- Có khi tiêu chảy 5-10 lần mỗi ngày.

- Đôi khi mắt lồi hay có bướu cổ

Tùy từng thể bệnh, các nhóm triệu chứng thường gặp rất khác nhau. Ở người lớn tuổi, bệnh rất khó nhận biết vì các triệu chứng không điển hình.

Vì sao bị cường giáp? Tình trạng hoạt động quá mức của tuyến giáp dẫn đến việc tăng sản xuất hoóc môn có thể do những yếu tố kích thích ở bên ngoài tuyến giáp. Cũng có khi một phần mô chủ tuyến giáp bị tăng sinh và trở nên hoạt động quá mức. Một số nguyên nhân khác ít gặp hơn:

- Do iốt: Dùng thuốc chứa iốt như Amiodarone, chất cản quang.

- Do uống quá mức thuốc điều trị có chứa hoóc môn tuyến giáp.

Làm cách nào để ngăn ngừa? Không có biện pháp nào đặc biệt. Khi đã biết bị cường giáp, cần tuân theo lời dặn của bác sĩ, kể cả việc ăn muối có iốt.

Nếu được chẩn đoán sớm và điều trị đúng cách, bệnh hoàn toàn có thể chữa được. Tuy nhiên, có khi bệnh tái phát. Khi nhận biết bệnh quá chậm, thường có nhiều biến chứng xảy ra. Bác sĩ có thể cho thuốc làm giảm triệu chứng hồi hộp, run tay và lo lắng. Để điều trị nguyên nhân, thường dùng các thuốc đặc hiệu hay iốt phóng xạ cần có sự theo dõi sát của bác sĩ. Phẫu thuật chỉ dành cho người không muốn điều trị bằng iốt phóng xạ hoặc dùng thuốc uống không kiểm soát được bệnh. Tốt nhất là nên đến khám tại một bác sĩ chuyên khoa nội tiết tin cậy để xem mình có đúng bị cường giáp hay không (có thể cần phải làm thêm một số xét nghiệm khác) và sau đó được hướng dẫn điều trị chính xác.

CHƯƠNG 3: BỆNH RĂNG MIỆNG

Những thói quen làm trẻ dễ bị hỏng răng

Trong sinh hoạt hằng ngày của trẻ, một số thói quen ảnh hưởng không tốt cho sự phát triển của răng, hàm và có thể làm rối loạn một số chức năng ở vùng hàm mặt. Thói quen mút ngón tay, mút núm vú, cắn môi dưới và thở bằng miệng sẽ gây vẩu; thói quen chống cằm và cắn môi trên sẽ gây móm. Bình thường, sau khi cắn hai hàm răng và nuốt nước bọt, răng hàm trên phủ ngoài và che khuất 1/3 chiều cao thân răng hàm dưới. Khi bị hô hoặc móm, hàm răng không hội đủ hai đặc điểm vừa nêu, nếu ở mức độ nặng sẽ làm cho gương mặt xấu đi nhiều.

Ngoài ra, một số thói quen khác ảnh hưởng xấu đến răng miệng và thẩm mỹ gương mặt. Thói quen nằm nghiêng một bên lâu ngày sẽ làm lép một bên hàm và làm mất cân đối gương mặt. Thói quen dùng răng cắn bút, cắn móng tay, khui nắp chai, cắn chỉ... sẽ làm mẻ răng; nhất là đối với những người có tật nghiến răng. Vì thế, cần sớm từ bỏ các thói quen xấu này. Ta có thể giấu, bỏ núm vú, lồng một vật lạ một cách chắc chắn vào ngón tay của trẻ để trẻ không mút tay nữa và nhớ theo dõi kỹ để vật này không rơi vào họng trẻ. Với các thói quên như chống cằm, cắn môi..., ta có thể đặt ra một mức phạt thích hợp và có tác dụng đối với trẻ như không được ăn quà trưa khi ngủ dậy, không được về thăm bà.. Với một số thói quen như thở bằng miệng, nghiến răng..., phải đưa trẻ đến bác sĩ khám và điều trị kiên nhẫn. Bác sĩ chỉnh hình răng hàm mặt phải làm khí cụ cho bệnh nhân đeo mới có thể bỏ được các tật xấu này.

BS Bùi Thị Quế Nga (Bệnh viên Nhi Đồng 1)

Làm sạch răng

Có nhiều cách làm sạch răng, trong đó chải răng là phương pháp hiệu quả và bảo đảm vệ sinh nhất. Sau đây là cách chải răng và một số phương pháp làm sạch răng thông thường.

1. Chải răng:

Răng cần được chải sạch, ngay sau khi ăn, theo đúng các phương pháp sau:

- Phương pháp thông dụng và hợp với quán tính tự nhiên: Đối với mặt trong và mặt ngoài của răng ta thường kéo bàn chải theo hướng từ nướu đến mặt nhai hoặc cạnh cắn của răng: ở mặt nhai ta chải theo động tác tới lui.

- Cắn hai hàm răng, để lông bàn chải ép sát vào mặt ngoài răng hàm trong cùng, sau đó xoay tròn từ từ và nhẹ nhàng ra đến răng cửa và từ răng cửa vào trong, khoảng 10 lần cho mỗi vị trí. Tiếp tục chải như thế cho phần hàm phía đối diện. Mặt trong của răng được chải theo động tác kéo xuống đối với hàm trên và kéo lên với hàm dưới. Mặt nhai thì chải theo động tác tới lui.

- Có thể để lông bàn chải nghiêng 45 độ so với trục răng, ép lên một phần nướu rồi di chuyển nhiều lần từ cổ răng tới mặt nhai để làm sạch mặt ngoài và mặt trong của răng. Riêng với mặt trong răng cửa, ta có thể để bàn chải theo trục răng, chải theo chiều răng mọc. Với mặt nhai ta cũng chải theo phương pháp tới lui.

2. Lau răng

Trường hợp trẻ còn nhỏ, không dùng bàn chải được, người mẹ nên quấn vải hoặc chéo khăn lau răng cho trẻ sau khi ăn. Gần đây có bàn chải chà răng lông ngắn, rất mềm, có thể đeo vào ngón tay, dùng lau răng cho trẻ rất dễ dàng và tiện lợi.

3. Súc miệng

Ở trường học, công sở, sau khi ăn xong, nếu không có bàn chải mang theo, nên súc miệng ngay, đưa nước mạnh qua lại hai bên miệng. Nước sẽ lấy đi một phần chất bám dính ở răng và giúp

cho vệ sinh răng miệng được tốt hơn. Có thể cho ngón tay và chà xát các mặt răng như ông bà đã làm ngày trước.

4. Một số phương pháp thông dụng khác

- Dùng vỏ cau khô làm sạch các răng cửa, tất nhiên không thể sạch bằng bàn chải nhưng có thể dùng tạm được.

- Có thể dùng tăm nhưng cần chú ý dùng tăm tre nhỏ, hợp vệ sinh, đã được luộc hoặc hấp và phơi khô. Không nên chọc nhiều vào nướu, chọc xuyên qua kẽ răng, làm chảy máu, tụt nướu và viêm nướu. Tránh dùng bất cứ vật gì bằng kim khí thay thế tăm xỉa răng. Không nên tập cho trẻ quá nhỏ dùng tăm.

- Nên ăn trái cây có xơ làm sạch răng như mía, dứa (thơm), cóc, ổi, cà rốt, mận, dưa...

Fluor - lợi và hại

Hiện nay, nhiều chế phẩm dùng cho răng miệng được quảng cáo là có chứa fluor. Thật ra đối với cơ thể, fluor là con dao hai lưỡi, thiếu cũng không được mà thừa cũng không xong. Vì vậy, để bảo đảm vừa đủ fluor, chúng ta cần lưu ý những vấn đề sau:

Fluor là một chất hoá học có tính oxy hoá rất cao, vì thế có tác dụng diệt khuẩn rất mạnh. Fluor có thể kết hợp với những chất có trong răng (gọi chung là aphatit), tạo ra hợp chất fluor aphatit. Hợp chất này không tan trong môi trường acid, có tác dụng diệt khuẩn và làm chắc răng. Fluor thường hiện diện trong cá, rau, quả, bắp cải, đặc biệt có nhiều trong đất và nguồn nước uống.

Fluor xâm nhập vào cơ thể chúng ta chủ yếu qua đường tiêu hoá, ngấm thật nhanh vào các mô mềm và nồng độ cao nhất là ở thận.

Fluor xâm nhập dễ dàng qua hàng rào nhau thai và có thể ngấm một phần vào phôi thai. Fluor ngấm vào xương và răng vào thời kỳ răng ngấm vôi trong xương hàm.

Nồng độ an toàn cho phép của fluor là 1 ppm, có tác dụng phòng chống sâu răng và làm chắc răng. Nếu thiếu fluor, răng dễ dàng bị hư, vi khuẩn có trong thức ăn sẽ kết hợp với môi trường acid trong nước bọt làm hủy hoại men răng. Nồng độ fluor trong nước uống lớn hơn 1,5 ppm có thể gây rối loạn các tế bào men (làm cho chúng không sản sinh được những thành phần cơ bản của men răng) đồng thời gây ảnh hưởng cho quá trình "canxi hoá" men răng.

Nồng độ fluor vượt quá mức cho phép thường đưa đến những triệu chứng lâm sàng như: răng không được bóng, răng ngả màu vàng hoặc xỉn đen. Nếu nặng thì răng có nhiều hố rãnh, không còn hình dáng bình thường. Nhiễm fluor còn có thể gây xơ cứng khớp xương, tổn thương tuyến giáp, cơ thể chậm phát triển, tổn thương thận...

Nguồn nước chúng ta đang sử dụng có hàm lượng fluor thấp hơn quy định. Có thể bổ sung fluor bằng cách sử dụng kem đánh răng, thuốc súc miệng, tuy nhiên, cần phải chú ý để đảm bảo liều lượng fluor an toàn.

Bệnh sâu răng

Bệnh không do con sâu gây ra mà thủ phạm chính là vi khuẩn. Sâu răng là một quá trình hoá học phá hủy các mô cấu tạo răng, có thể gặp ở mọi người, không phân biệt tuổi, giới tính, tầng lớp xã hội. Răng sẽ bị sâu khi hội đủ 3 yếu tố vi khuẩn, chất ngọt và răng không cứng chắc. Vi khuẩn có trong miệng sẽ biến chất đường, chất ngọt trong thức ăn có nhiều đường thành acid trong vòng 10-15 phút. Acid này sẽ lắng đọng ở những nơi khó chải rửa (các rãnh trũng ở mặt nhai của răng, kẽ răng và cổ răng) rồi gây sâu răng. Lỗ sâu bắt đầu bằng một đốm trắng, sau đó làm tan rã lớp men bên ngoài, răng bị ăn thủng dần dần và gây ra lỗ sâu.

Trong miệng có nhiều loại vi khuẩn, trong đó có vi khuẩn sâu răng. Nhưng bệnh chỉ xảy ra khi có thức ăn ngọt như đường, bột, bánh, kẹo, kem, nước ngọt... vì thức ngọt là môi trường thuận lợi cho vi khuẩn phát triển.

Sâu răng diễn tiến qua 4 giai đoạn:

- Giai đoạn 1 là sâu men: Acid hoà tan chất khoáng có trong men răng, tạo những đốm đục; sau đó ăn mòn dần làm cho bề mặt men gồ ghề, có màu trắng đục hoặc tạo chấm đen hay một lỗ xốp nhỏ. Sâu men không đau nên bệnh nhân chưa biết bị sâu răng, chỉ phát hiện khi đi khám răng hoặc bệnh nhân tình cờ soi gương thấy đốm đen. Lưu ý một điều là khi men răng bị chọc thủng thì tốc độ sâu răng phát triển rất nhanh.

- Giai đoạn 2 là sâu ngà: Lỗ sâu ngày càng ăn sâu và phá hủy nhanh chóng ngà răng. Bệnh nhân đau khi nhai; khi dùng thức nóng, lạnh, chua, ngọt đều ê buốt, vì thế cần sớm đến nha sĩ trám răng.

- Giai đoạn 3 là tủy viêm: Giai đoạ n này có sự kích thích dây thần kinh nên gây ra những cơn đau dữ dội.

- Giai đoạn 4 là tủy chết: Lượng vi khuẩn gây bệnh sinh ra nhiều hơn, đi vào vùng quanh chóp răng, xương hàm... gây sưng mặt hay viêm xương hàm.

Ngoài hậu quả thường thấy như đau nhức, ăn ngủ không ngon, tốn kém tiền bạc, mất nhiều thời gian, ảnh hưởng đến công tác... nếu không chữa trị kịp thời, tình trạng nhiễm trùng do sâu răng sẽ lan xa đến mũi, họng, mắt, tim, thận, khớp. Đã có bệnh nhân tử vong vì viêm màng trong tim, nhiễm trùng huyết do biến chứng của sâu răng.

Các nước và vùng lãnh thổ có chương trình phòng ngừa tốt như Hồng Kông, Australia... đã kiể m soát được bệnh sâu răng và đang phấn đấu không còn trẻ em sâu răng vào năm 2005.

Sâu răng có thể phòng ngừa một cách dễ dàng bằng những biện pháp sau:

- Luôn giữ vệ sinh răng miệng, đánh răng sạch, đúng phương pháp với bàn chải tốt và kem đánh răng có fluor ngay sau khi ăn, nhất là buổi tối trước khi ngủ.

- Sau khi ăn, nếu không thể đánh răng, nên súc miệng ngay và đánh răng khi về nhà.

- Dùng chỉ tơ nha khoa để làm sạch kẽ răng.

- Dinh dưỡng tốt cho răng, ăn những thứ tốt cho răng và cơ thể, bớt ăn quà vặt ngọt; nếu ăn vặt thì nên dùng trái cây tươi có xơ để chà sạch răng và có thêm sinh tố

- Khám răng định kỳ mỗi 6 tháng để kịp thời điều trị răng mới chớm sâu.

BS Ngô Đồng Khanh (Viện Răng hàm mặt TP HCM)

Áp xe răng

Nếu răng có một lỗ sâu mà không trám ngay, lỗ sâu này sẽ lớn dần và ngày càng đi gần đến tủy răng. Vi khuẩn từ lỗ sâu sẽ đi theo ống tủy chân răng đến vùng chóp gốc răng và có thể tạo mủ, thành áp xe. Khi mủ nhiều, nó sẽ tạo nên một áp lực lớn ép vào dây thần kinh và gây đau dữ dội.

Triệu chứng:

- Đau liên tục ngay cả khi đi ngủ

- Cảm thấy răng dài ra và hơi lung lay.

- Đau khi gõ dọc răng.

- Có bọc mủ ở trên nướu, gần chân răng.

- Sưng nướu quanh răng hay sưng mặt bên cùng phía với răng đau.

Điều trị:

- Nếu mặt không sưng, cần nhổ răng ngay (trừ trường hợp có khả năng chữa được ống tủy răng) để giúp cho mủ thoát ra từ ổ răng và làm giảm đau. Dùng thuốc kháng sinh, thuốc chống viêm, kèm thuốc giảm đau.

- Nếu mặt có sưng: Dùng kháng sinh, đồng thời nhổ răng ngay để nhanh chóng loại trừ nguyên nhân.

Cần lưu ý là khi sưng, thuốc tê ít tác dụng. Có thể dùng Erytromycin 250 mg (12 viên), uống 3 ngày, ngày 2 lần, mỗi lần 1 viên.

- Trường hợp nhiễm trùng nặng có thể dùng kháng sinh lâu ngày hơn: Erytromycin 250 mg (20 viên). Uống 5 ngày.

- Khi nhổ răng rồi, có thể dùng thuốc kháng sinh thêm 3 ngày nữa. Nếu bọc mủ đã hình thành nhiều, có thể rạch thoát mủ bằng dao vô trùng hay đầu thám châm đã tiệt khuẩn kỹ lưỡng:

+ Đắp một khăn nhúng nước ấm trên mặt.

+ Ngậm nước ấm trong miệng, gần chỗ sưng.

+ Dùng thêm thuốc giảm đau: Paracetamol (12 - 18 viên). Uống 2 - 3 ngày, ngày 3 lần, mỗi lần 2 viên. Đối với trẻ em, phải giảm liều lượng và không dùng Tetracillin vì làm đổi màu răng.

Dùng:

* Erytromycin 250 mg (6 viên), uống 3 ngày, ngày 2 lần, mỗi lần 1 viên.

* Paracetamol 500 mg. Trẻ em 8-12 tuổi: 1 viên x 3 lần/ngày; 3-7 tuổi: 1/2 viên x 3 lần/ngày; 1-2 tuổi: 1/4 viên x 3 lần/ngày.

Viêm nướu do cao răng

Viêm nướu do vôi răng (cao răng) là một bệnh khá phổ biến, có thể gặp ở bất kỳ lứa tuổi nào từ thiếu nhi cho đến người già do vệ sinh răng miệng không đúng cách (không đúng kỹ thuật, không đúng lúc...). Thức ăn đóng quanh cổ răng không được chải sạch sẽ kết hợp với muối vô cơ và vi trùng trong miệng tạo thành vôi răng. Sự kết hợp này tạo cho vôi răng có mùi hôi riêng. Vôi răng thường đóng nhiều ở mặt trong răng phía trước hàm dưới và mặt ngoài răng hàm lớn hàm trên vì là nơi có lỗ tiết của tuyến nước bọt. Tùy theo mức độ đóng vôi, vôi răng có thể là dạng mủn dễ lấy nhưng cũng có khi đóng thành mảnh cứng, phải dùng dụng cụ chuyên ngành mới lấy sạch. Nếu vôi răng quá dày hoặc chịu tác dụng của

lực nhai mạnh, nó có thể tự bong ra. Khi ấy, người ta thường tưởng nhầm là răng bị vỡ Vôi răng càng nhiều thì nướu viêm càng nặng, có khi sưng đỏ mọng, dễ chảy máu, đôi lúc có mủ làm cho miệng rất hôi. Trên thực tế khám bệnh, chúng tôi thấy có 95% trường hợp viêm nướu và viêm quanh răng là do vôi răng, chỉ 5% là do nguyên nhân khác. Như vậy, phòng ngừa vôi răng là điều quan trọng hàng đầu đối với bệnh ở vùng nướu.

Để ngừa vôi răng, chúng ta nên lưu ý các điểm sau:

- Phải chải răng đúng phương pháp và đúng lúc; nhất là trước khi đi ngủ, răng phải được chải sạch và nên súc miệng bằng nước muối pha loãng như nêm canh.

- Định kỳ 6 tháng một lần nên đến phòng nha khám răng và lấy vôi răng. Với người dễ đóng vôi răng, định kỳ tái khám có thể rút ngắn lại 3-4 tháng 1 lần.

- Mỗi khi súc miệng nên dùng ngón tay xoa nắn nướu.

- Ăn vừa phải những thức ăn có sinh tố C.

- Ngoài ra, nên tránh các điều sau: Hút thuốc (làm tăng vôi răng), thở bằng miệng (làm nướu khô và dễ viêm hơn), dùng tăm chọc vào nướu, chọc xuyên từ trước ra sau răng,dùng tăm to và tăm không vệ sinh.

Chúng ta nên phòng ngừa vôi răng và điều trị viêm nướu ngay từ đầu, vì nếu chờ đến khi nướu viêm rõ rệt mới chữa trị thì đã muộn. Nếu để lâu, viêm nướu sẽ tiến triển thành viêm quanh răng rất khó trị (thường xảy ra ở người trên 40 tuổi): mô quanh răng lỏng lẻo, nướu tụt, răng lung lay, người bệnh có cảm giác răng trồi lên rất khó chịu và mỗi khi trở trời hoặc cơ thể yếu thì răng đau, có mủ, thường phải nhổ bỏ

BS Lâm Hữu Đức (ĐH Y dược TP HCM)

Bệnh nha chu

Đó là loại bệnh lý tấn công vào một trong các thành phần mô nha chu, gây phá hủy và làm mất chức năng của răng. Bệnh nha

chu xuất hiện và diễn tiến từ nhẹ đến nặng, từ giai đoạn điều trị dễ dàng, đơn giản đến khó khăn, phức tạp và có khi không điều trị được, phải đi đến nhổ bỏ răng.

Nguyên nhân chính gây bệnh là vi khuẩn (tập trung dưới hình thức mảng bám). Ngoài ra còn có các nguyên nhân khác như bệnh tiểu đường, tuổi dậy thì, thai nghén hay đặc biệt là HIV.

Bệnh nha chu chia làm 2 giai đoạn

- Nhẹ: Được gọi là viêm nướu, dấu chứng bệnh lý chỉ xảy ra ở phần nướu. Dấu chứng cơ bản nhất là nướu bị chảy máu, có thể là tự phát hoặc do kích thích (đánh răng va chạm).

- Nặng: Phá hủy các thành phần bên trong của mô nha chu. Nướu, dây chằng, xương ổ răng bị phá hủy nhiều lần, dẫn đến răng lung lay hoặc có thể bị áp xe nha chu với những bọc mủ, phải nhổ bỏ răng.

Để đề phòng bệnh nha chu, nên khám răng định kỳ 6 tháng một lần để phát hiện kịp thời và điều trị có hiệu quả. Cạo vôi răng theo định kỳ, có thể 6 tháng một lần. Điều trị, phẫu thuật túi nha chu.

CHƯƠNG 4
BỆNH DA VÀ TÓC

Bệnh ghẻ

Là một trong những bệnh ngoài da tương đối phổ biến. Ở những khu tập thể diện tích chật chội và đông người, vệ sinh, dinh dưỡng kém có khi tỷ lệ mắc bệnh lên hơn 80%.

Bệnh ghẻ gây ngứa dữ dội, bệnh nhân gãi nhiều dễ gây viêm da, nhiễm khuẩn, ảnh hưởng đến sinh hoạt, sức khỏe, năng suất lao động, nhất là trạng thái tinh thần. Một số bệnh khác khi có ghẻ kèm theo sẽ thêm phức tạp trong diễn biến và điều trị (sốt rét, chấn thương, bệnh mạn tính). Đối với thanh niên, trẻ em, cần đề phòng biến chứng, viêm cầu thận cấp.

Bệnh do cá i ghẻ có chửa gây nên (ghẻ đực không gây bệnh và thường chết sau khi giao hợp). Cái ghẻ có tên khoa học là Sarcopte Scabieihminis, hình tròn dẹt, nhìn mắt thường như một điểm trắng di động, sống khoảng 3 tháng, mỗi ngày đẻ 1-5 trứng. Sau khi đẻ 8-10 ngày, trứng nở thành ấu trùng và sau nhiều lần lột xác, nó thành ghẻ trưởng thành (khoảng 22 ngày). Ghẻ sinh sôi nảy nở rất nhanh, sau 3 tháng đã có một dòng họ khoảng 150 triệu con. Lúc bệnh nhân bắt đầu đắp chăn đi ngủ, cái ghẻ bò ra khỏi hang để tìm đực; đây chính là lúc ngứa nhất và dễ lây truyền nhất. Bệnh nhân gãi làm vương vãi cái ghẻ ra quần áo, giường chiếu. Trong quần áo ấm, cái ghẻ có thể sống được 7 ngày.

Bệnh ghẻ lây chủ yếu do ban đêm nằm chung giường chung chăn, rất ít lây do tiếp xúc ban ngày. Có thể diệt cái ghẻ bằng nhiệt độ cao, ánh sáng, nước sôi hoặc một số hoá chất đặc hiệu.

Thờ gian ủ bệnh là 5-10 ngày. Đến khi bệnh toàn phát, có thể dựa vào các yếu tố sau để chẩn đoán:

- Tổn thương đặc hiệu của ghẻ là luống ghẻ và mụn trai (còn gọi là đường hang và mụn nước). Luống ghẻ là một đường gồ cao hơn mặt da, cong hoặc hơi vằn vèo, màu trắng đục, không ăn khớp vớ hằn da, ở đầu có một mụn nước nhỏ bằng đầu đinh ghim. Đây là đường hang mà cái ghẻ đào ở lớp sừng, mụn nước là nơi khu trú của cái ghẻ

- Vị trí đặc biệt ưa thích của cái ghẻ là lòng bàn tay, ngấn cổ tay, kẽ tay, rìa ngón chân, cùi tay, bờ trước nách, quanh rốn, đầu vú phụ nữ, qui đầu và thân qui đầu; gót chân và lòng bàn chân trẻ còn bú Ít khi gặp tổn thương đặc hiệu của ghẻ ở cổ, mặt, lưng. Đối vớ nam giới, nhiều khi ở lòng bàn tay, kẽ tay không có tổn thương nhưng ở qui đầu và thân qui đầu hầu như trường hợp nào cũng có

- Rải rác trên da có nhiều vết xước, sần trợt, sẩn vảy, mụn mủ, nhọt, mụn nước, kiểu viêm da, eczema sẫm màu... Do chà xát, bôi thuốc linh tinh nên bệnh nhân gặp biến chứng viêm da ở vùng hai bên hông, đùi, bẹn, nách và tổn thương nhiễm khuẩn ở lòng bàn tay, kẽ tay, mông. Trẻ em dễ kèm tổn thương chốc đầu, eczema hai má, viêm quanh móng tay, nổi hạch. Những tổn thương thứ phát viêm da, nhiễm khuẩn, chàm hoá thường che lấp tổn thương đặc hiệu, phải khám kỹ mới thấy.

Ngoài ra, còn có các biểu hiện: ngứa nhiều lúc đắp chăn đi ngủ, trong gia đình hoặc tập thể có nhiều người bệnh tương tự, bắt được cái ghẻ ở đầu luống ghẻ

Tuy nhiên, cần phân biệt ghẻ với viêm da gây ngứa, tiếp xúc với các loại lá ngứa, nước ô nhiễm; sẩn ngứa do côn trùng (ruồi vàng, bọ chét, rệp...); Dysidrose lòng bàn tay.

Cần phát hiện và điều trị sớm ngay từ khi ghẻ còn giản đơn, lẻ tẻ trong tập thể Điều trị hàng loạt cùng lúc tất cả những người cùng bị, tránh lây nhiễm cho nhau. Điều trị liên tục, triệt để ít nhất 10-15 ngày, sau đó theo dõi tái phát 10-15 ngày nữa, đề phòng có đợt trứng mới nở Bôi thuốc vào buổi tối trước khi đi ngủ, bôi rộng kiểu quang dầu bao vây toàn bộ vùng có tổn thương ghẻ

Bôi 2-3 tối liền, sau đó mới tắm (khi tắm, tránh chà xát kẻo gây thương tổn thêm cho da). Kết hợp điều trị với thực hiện qui chế phòng bệnh cá nhân và tập thể, cắt móng tay, giặt luộc quần áo, tổng vệ sinh giường chiếu, tránh lây lan từ người bị ghẻ

Đối với ghẻ giản đơn:

- Dùng một trong các loại thuốc như Licovenminh, mỡ diêm sinh 10%-30%, dầu Benzin benzoat 30%, mỡ Baume de perou, dầu DEP (diethylphtalat), mỡ Kwell, bôi mỗi tối trước khi đi ngủ, từng đợt 2-3 tối liền.

- Xoa bột Lindan 1% hai tối liền, cách 5 ngày sau, nếu cần xoa thêm hai tối nữa. Hoặc dùng phương pháp Demiamovitch: Bôi dung dịch Hyposulfit Natri 30% để 3 phút rồi bôi tiếp dung dịch HCl 3% đè lên. Bôi 5-7 tối liền (tuy nhiên nhớ đề phòng viêm da kích ứng). Hoặc dùng phương pháp Diakova: xà phòng giặt 50 g, bột diêm sinh 125 g, nước cất 350 g, hoà thành dung dịch bôi ngày hai lần sáng và tối. Bôi 3 ngày liền, sau đó tắm và thay quần áo.

Đối với ghẻ viêm da:

- Với các đám viêm da, bôi dầu kẽm, hồ nước, Oxycort. Các vùng có tổn thương ghẻ bôi dầu benzin Benzoat, dầu DEP.

Đối với ghẻ nhiễm khuẩn:

- Các tổn thương viêm da mủ: Bôi thuốc màu, mỡ kháng sinh; buổi tối bôi thuốc ghẻ. Nếu cần, kết hợp cho kháng sinh chung (Tetra, Penicilin) trong 1-10 ngày. Nếu có viêm cầu thận cấp, cần chuyển điều trị tại khoa nội hoặc khoa nhi.

Ngoài ra, nếu ngứa nhiều trong 5-7 ngày đầu, cho thêm thuốc an thần, chống ngứa (Siro an thần, kháng histamin tổng hợp, Sedusen). Nếu kèm suy nhược cơ thể thì tăng cường dinh dưỡng vitamin.

Có thể kết hợp chữa thuốc Nam như tắm các loại lá đắng (lá ba chạc, chân chim, lá xoan, lá nhãn...) lá có tinh dầu thơm (cúc tần, bạch đàn, bôi dầu mù u, dầu hạt máu chó, cặn dầu tràm...).

Chú ý: Tránh dùng các loại thuốc có độc tính cao: mã tiền, hạt củ đậu, bột 666, TNT, Vifatox...

BS Duy Lợi Hiền

Bệnh giời leo (Zona)

Bệnh giời leo còn gọi là zona, do virus varicella-zoster (VZV) gây ra. Đây cũng là viaus gây ra bệnh trái rạ (giời leo là một biến chứng của bệnh trái rạ). Bệnh giời leo thường xảy ra ở người lớn tuổi, ít gặp ở trẻ con. Virus này sống tiềm ẩn nhiều năm ở mô thần kinh trong cơ thể, khi gặp các điều kiện thuận lợi nó sẽ hoạt động trở lại gây ra giời leo.

Ở người lớn tuổi, do hệ miễn dịch suy yếu đối với virus VZV nên những người tuổi trên 50 thường gặp phải bệnh giời leo. Ngoài ra, các yếu tố khác làm ảnh hưởng đến hệ miễn dịch củ a cơ thể cũng làm tăng nguy cơ phát bệnh giời leo. Các yếu tố này có thể là ung thư, nhiễm HIV, căng thẳng (stress), phẫu thuật, xạ trị và hoá trị trong ung thư.

Hầu hết bệnh nhân bị giời leo cấp tính đều cảm thấy đau nhức. Đau xuất hiện trước khi nổi bóng nước trong 80% trường hợp, và đau ở vùng mà dây thần kinh chi phối. Vài ngày sau cơn đau sẽ xuất hiện các bóng nước trên vùng đó Các bóng nước kéo dài trong khoảng 7 ngày, nhưng cơn đau thì có thể tồn tại lâu hơn nhiều.

Vị trí xuất hiện các bóng nước: Phần lớn các trường hợp giời leo xảy ra ở vùng xương sườn (50-56%); vị trí thường gặp khác là vùng mặt, có thể liên quan đến mắt gây mù mắt.

Các biến chứng của giời leo:

- Đau sau giời leo: Ít gặp ở người trẻ tuổi, nhưng đặc biệt nghiêm trọng ở người trên 60 tuổi với khoảng 40% trường hợp. Cơn đau có thể rất dữ dội và kéo dài trong nhiều tháng hoặc nhiều năm. Đôi khi ngay cả các thuốc giảm đau mạnh nhất cũng không làm giảm cơn đau. Chỉ khi nào cắt dây thần kinh cảm giác chi phối vùng đau thì cơn đau mới giảm.

- Viêm não và viêm phổi là các biến chứng ít gặp khác của giời leo.

Điều trị:

- Vệ sinh sạch sẽ

- Dùng Acyclovir (uống) sẽ làm lành tổn thương và giảm đau nhanh.

Khi bị zona ở mắt, cần khám chuyên khoa mắt ngay.

Như ta đã biết, giời leo là một biến chứng của bệnh trái rạ (đều do virus varicella-zoster gây nên). Chính vì vậy, cách phòng ngừa bệnh này tốt nhất là nên chủng ngừa bệnh trái rạ

BS Trần Kim Hưng

Chàm thể tạng

Chàm thể tạng là một bệnh da dị ứng rất phổ biến có nguyên nhân nội sinh, xuất hiện ở mọi lứa tuổi, nam và nữ đều có khả năng mắc bệnh như nhau. Vì bệnh thường xảy ra ở một số người trong gia đình và có nhiều hồng ban – mụn nước nên dân gian thường gọi là chàm thể tạng là "ghẻ ruồi" hay "ghẻ dòng" và thường nghĩ là do muỗi cắn hoặc yếu gan, đau gan.

Chàm thể tạng thường diễn biến thành nhiều đợt và hay tái phát. Khởi đầu là xuất hiện một dát (vết) hồng ban hơi phù, rồi trên đó xuất hiện những mụn nước; mụn nước sẽ vỡ ra, rỉ dịch và đóng mày; sau khi mày tróc, da sẽ tróc vảy nhẹ và gây ngứa. Dát hồng ban có giới hạn quanh co, không rõ nét và ngứa dữ dội. Ở giai đoạn thành bệnh, da xuất hiện liên tục những đợt mụn nước, tạo thành những mảng hồng ban – mụn nước có kích thước rất thay đổi, từ vài centimet đến mảng to.

Có 4 dạng chàm thể tạng:

- Chàm thể tạng cấp (Eczéma aigu): Chàm thường xuất hiện đối xứng hai bên cơ thể trên mặt duỗi của tay chân, nhất là ở mu bàn tay và mu bàn chân. Trên da xuất hiện đột ngột những mảng hồng ban giới hạn mờ và ngứa dữ dội. Sau đó, xuất hiện những

mụn nước nhỏ như đầu kim đứng riêng lẻ hoặc gom thành đám; đôi khi đọng thành bóng nước nhỏ gây ngứa. Nếu bệnh xảy ra ở mí mắt, bìu, âm hộ, da sẽ sưng phù do bản chất của bệnh và do cào gãi nhiều. Bệnh có thể diễn tiến khô ráo, mụt nước đóng mày và biến mất nhưng cũng có một số trường hợp mụt nước, bóng nước vỡ ra, liên tục rỉ dịch trong hoặc màu hơi vàng. Nếu lau khô lớp dịch sẽ thấy những lỗ khuyết nhỏ, gọi là "giếng chàm"; trường hợp này gọi là chàm rỉ dịch.

- Chàm thể tạng mạn tính (Eczéma chronique): Chàm khô, thương tổn là những mảng hồng ban ngứa, bề mặt thường có vết gãi, thượng bì liên tục vỡ và tróc ra những vảy mịn nhỏ, có khi tróc ra rất nhiều vảy dày, kích thước lớn.

- Chàm thể tạng liken hoá (Eczéma lichénifié): Chàm đã diễn tiến lâu ngày, ngứa liên tục, da bị cào gãi dữ dội nên bị liken hoá, nghĩa là dày và bề mặt có nhiều nếp ngang dọc. Thương tổn là những mảng có giới hạn khá rõ, màu hồng, đỏ đậm hay hơi tím, thường có đám mụn nước.

- Chàm nhiễm trùng (Eczéma infecte): Còn gọi là chàm chốc hoá (Eczéma impétiginisé): thương tổn chàm bị nhiễm trùng, rỉ dịch đục, rồi có mủ, bề mặt thương tổn đóng mày dày, vàng như mật ong. Có thể đau hạch vùng liên hệ kèm theo nóng sốt.

Chàm thể tạng có thể diễn tiến thành từng đợt, khi lành để lại sẹo xấu. Bệnh thường tái phát; riêng với trẻ nhỏ, sau 12 tháng bệnh có thể tự khỏi hẳn.

Điều trị:

Dùng thuốc tùy theo dạng bệnh và giai đoạn bệnh. Có thể dùng các loại thuốc sau:

- Thuốc kháng histamin loại mới, ít gây ngủ để kiểm soát phản ứng dị ứng, bao gồm Cétirizine (Cetrine – Zyrtec); Loratadine (Clarityne); Acrivastine (Semprex). Nếu không thể kiểm soát cơn ngứa, bác sĩ có thể cho dùng thêm Dexchlorphéniramin (Polaramine); Hydroxyzine (Atarax);

Chlorphéniramin vào buổi tối vì các thuốc này có khả năng gây ngủ

- Trường hợp chàm nhiễm trùng: Bệnh nhân phải dùng thêm kháng sinh phổ rộng như Tétracyline, Erythromycien, Doxycyline, Roxithromycien (Rulid) hay sulfamid như Bactrim, Cotrim.

- Bệnh nhân còn được dùng thêm các thuốc như: thuốc trợ gan mật (Chophytol, B.A.R, Sulfarlem), thuốc giảm dị ứng ở gan (Hyposulfène) sinh tố PP.

- Với chàm thể tạng cấp tính hay rỉ dịch, cần điều trị tại chỗ để giảm rỉ dịch, làm cho nơi thương tổn khô ráo bằng cách:

+ Đắp bằng gạc sạch tẩm dung dịch thuốc tím pha với nước ấm, nồng độ 1/10.000 giúp chống viêm, làm cho bệnh nhân bớt ngứa và thấy dễ chịu hơn.

+ Dùng hồ nước có tính hút nước để làm cho nơi thương tổn khô ráo, giảm rỉ dịch và bảo vệ thượng bì.

Để hạn chế tái phát:

- Kiêng các thức ăn gây ngứa như thịt bò, cá biển, trứng gà lộn, trứng vịt lộn, cua ghẹ..

- Không xát xà phòng vào vùng da bệnh để da không bị kích thích và không bị ngứa thêm.

- Khi mang giày dép, cần lưu ý để vùng da bệnh không bị cọ xát để da không ngứa và dày thêm.

BS Lý Hữu Đức, (Bệnh viện Da liễu TP HCM)

Chàm tiếp xúc

Chàm tiếp xúc là một bệnh da dị ứng gây ngứa do tiếp xúc với một chất gây dị ứng (dị ứng nguyên).

Bệnh có thể xuất hiện dưới dạng cấp hay mạn tính. Thương tổn da xuất hiện dưới dạng hồng ban mụn nước như chàm thể tạng nhưng khác biệt ở điểm:

- Giới hạn rất rõ, theo hình dạng của vật tiếp xúc (chàm thể tạng có giới hạn không rõ).

- Xuất hiện ở bất cứ vị trí nào có dị ứng nguyên.

Khi bệnh diễn tiến mạn tính, da sẽ có dạng liken hoá do cào gãi nhiều hay do bội nhiễm. Bệnh xảy ra từ 5-7 ngày sau lần tiếp xúc đầu tiên, đôi khi trễ hơn.

Nếu dị ứng nguyên là chất có hình dạng không đổi như dây đồng hồ, gọng kính, thương tổn sẽ có hình dáng của vật tiếp xúc. Nếu chàm tiếp xúc do thoa kem trang điểm ở mặt, các vị trí như hai gò má, cằm, trán trở lên đỏ hồng, rịn nước trong khi quanh hai mắt, mũi, miệ ng là những vùng không thoa thuốc có màu da bình thường.

Nếu dị ứng nguyên là chất lỏng, thí dụ dầu thơm, dị ứng có thể lan ra các vùng da kế cận.

Có khi, người bị chàm tiếp xúc ở bàn chân nhưng sau đó lại có những thương tổn tương tự ở bụng, cổ Y học gọi đây là phản ứng tự thân ("id" réaction) hay phản ứng ở xa (réaction à distance).

Thương tổn tùy theo vị trí:

- Chàm tiếp xúc ở da đầu: Thường khô, có màu hồng, ngứa rất dữ dội. Sau khi ngừng tiếp xúc với chất gây dị ứng, vảy mịn như vảy phấn sẽ tróc ra và có thể gây rụng tóc tạm thời ở vùng da bệnh.

- Chàm tiếp xúc ở da mặt: Rất thường gặp, dưới dạng hồng ban mụn nước, có khi rịn nước. Thường do thoa trực tiếp kem trị bệnh hay kem trang điểm, chất tẩy trắng, tẩy nám; có khi do những chất bay trong không khí như bụi xi măng, phấn hoa, khói nhang...

- Ở mí mắt: Thường mí mắt hay bị sưng. Nếu mí mắt và kết mạc cùng lúc bị sưng đỏ, ngứa thì do dị ứng với thuốc nhỏ mắt. Nếu chỉ hai mí bị thì thường do thoa chất gây dị ứng vào mí mắt (thoa phấn màu vào mí mắt, bút chì kẻ mi, lông mày, xăm môi...)

- Ở dái tai: Thường do dị ứng với nikel trong bông đeo tai. Thương tổn khô, màu hồng, có vảy. Đôi khi có mụn nước, rỉ nước đưa đến trợt da, bội nhiễm vi trùng sinh mủ

-Ở môi: Chất amalgame dùng trong điều trị răng có thể gây dị ứng trong miệng và lan ra môi. Cũng có thể do thoa son lên môi hay do xăm môi.

- Chàm tiếp xúc ở bàn tay:

+ Ở mặt lưng bàn tay: Rất dễ gặp. Bệnh có thương tổn mụn nước, rỉ nước ở giai đoạn cấp, thương tổn trở nên khô và có vảy ở giai đoạn mạn tính. Các móng tay đều bị hư, có nhiều sọc ngang, không đều, giống như bàn tay thợ hồ

+ Ở lòng bàn tay: Thường rất khó chẩn đoán vì dễ lầm với các bệnh da gây ngứa khác.

- Chàm tiếp xúc ở bàn chân: Lưng bàn chân hay bị hơn lòng bàn chân. Thương tổn ở lòng bàn chân cũng rất dễ lầm với các bệnh da gây ngứa khác.

- Chàm tiếp xúc ở bộ phận sinh dục: Ở đàn ông, chàm tiếp xúc tại bộ phận sinh dục gây phù nề rất dữ dội (da bìu) trong khi ở đàn bà thì ít hơn (môi lớn). Bệnh thường xảy ra cấp tính, rất ngứa, đôi khi có mụn nước, rỉ nước, đôi khi khô.

Để việc điều trị mang lại kết quả tốt đẹp, cần tránh tiếp xúc với các tác nhân gây dị ứng

* Điều trị triệu chứng:

- Bác sĩ sẽ cho dù ng các loại thuốc kháng dị ứng như Loratadine (Clarityne), Cétirizine (CéFrine-Zyrtec), Acrivastine (Semprex), Astémizole (Histalong) là những loại thuốc thuộc thế hệ mới, ít gây ngủ

- Có thể dùng thêm sinh tố PP (Nicobion), sinh tố C, thuốc trợ gan mật (Chophytol, Sulfarlem), thuốc giải dị ứng ở gan (Hyposulfène).

- Nếu có rịn nước, có thể dùng thêm kháng sinh phổ rộng (Tétracycline, Erythromycine, Doxycyline, Rulid...) hay Sulfamide như Bactrim...

- Trường hợp bệnh nặng, sưng phù, có thể can thiệp bằng corticoid uống hoặc tiêm (Prednisolone, Bétaméthasone) nhưng cần phải cẩn thận và dưới sự theo dõi của bác sĩ.

* Điều trị tại chỗ

- Nếu thương tổn khô, có vảy, có thể bôi ít thuốc mỡ hay kem có chất kháng viêm bong vảy nhẹ (Diprosalic). Cần hạn chế dùng corticoid mạnh thoa tại chỗ (Bétaméthasone, Clobétasol...)

- Nếu thương tổn rịn nước, nên đắp ướt bằng thuốc tím pha loãng với nước ấm (nồng độ 1/10.000) hay phun sương với nước cất vô trùng. Và sau đó thoa hồ nước (Pâte à l'eau) để hút bớt nước rỉ ra từ thương tổn.

Phòng ngừa:

Tránh tiếp xúc với những chất gây dị ứng đã được biết; nhất là phải tránh bị lại lần thứ hai vì bệnh sẽ xuất hiện nhanh và rất nặng.

Cần có những biện pháp bảo hộ lao động thích hợp cho công nhân làm ở nhà máy xi măng, cao su, sản xuất dây thun, xí nghiệp thủy hải sản (do tiếp xúc thường xuyên với nước đá, muối...). Sự chăm lo đến những biện pháp an toàn lao động sẽ làm giảm thiểu các trường hợp chàm tiếp xúc do nghề nghiệp (bệnh da nghề nghiệp).

BS Lý Hữu Đức

Sạm da

Sạm da là tình trạng ứ đọng sắc tố ở da, thường gặp nhất là melanin. Đây là sắc tố được sinh ra do quá trình oxy hoá một hợp chất trong cơ thể Màu da đen, vàng, trắng là do sự tập trung hay phân tán các hạt melanin trên da.

Các nguyên nhân gây ra sạm da được xác định là do bẩm sinh và do các bệnh lý.

Sạm da do hoá chất (đặc biệt là các loại mỹ phẩm và thuốc): Trong vài năm gần đây có một toa thuốc trị mụn truyền miệng được pha chế và bán tại các tiệm thuốc tây, gồm: cortibion + aspirin + becozyme và thêm vài phụ liệu khác. Do có chứa corticoid, khi mới dùng lần đầu loại thuốc này, người dùng có cảm giác như da sạch mụn, trắng hơn, mịn hơn. Nhưng nếu tiếp tục sử dụng, thuốc sẽ gây teo da, mụn nổ nhiều hơn, da ngày càng nám hơn và có nhiều biến chứng nguy hiểm khác. Đồng thời, vì được pha chế bừa bãi bởi những người không có chuyên môn, điều kiện vệ sinh kém nên thuốc dẫn đến nhiễm trùng da, viêm da nặng nề

Sạm da ở những người phụ nữ có thai: Thường liên quan đến nội tiết tố sinh dục nữ, một số trường hợp khỏi sau khi sinh.

Sạm da Riehl: Khởi đầu, bệnh nhân có triệu chứng đỏ da và ngứa, sau đó da sạm dần. Thường ở những bệnh nhân này hay có kèm viêm đại tràng, viêm gan, thiếu vitamin PP...

Hội chứng Addison: Có đặc điểm là sạm da toàn thân, thường xuất hiện sau các triệu chứng rối loạn tiêu hoá, yếu cơ.

Về điều trị và phòng ngừa, cần lưu ý:

- Nếu xác định được nguyên nhân, phải giải quyết dứt điểm như ngưng sử dụng mỹ phẩm, các loại thuốc gây sạm da.

- Hạn chế tiếp xúc với ánh nắng.

- Phải đến bác sĩ khám khi sạm da ngày càng nhiều, đặc biệt là những trường hợp sạm da toàn thân.

BS Lê Thị Tuyết Phượng

Ung thư da

Ung thư da là một trong những bệnh ung thư thường gặp, dễ chẩn đoán; điều trị đạt kết quả tốt nếu được phát hiện sớm.

Hầu hết ung thư da phát sinh do bị ảnh hưởng kéo dài của tác dụng tia cực tím. Các tia cực tím xuyên qua da và làm tổn thương các tế bào sống, lúc đầu làm cho da rám nắng. Nếu như tiếp tục bị phơi dưới ánh nắng mặt trời quá mức, tia cực tím sẽ gây nguy hiểm cho da và làm cho bạn già trước tuổi.

Cũng có một số trường hợp ung thư da được phát hiện từ các nguyên nhân khác như: tia bức xạ ion hoá, các sản phẩm của nhựa, than đá, thạch tín...

Các loại ung thư da thường gặp:

Ung thư biểu mô tế bào đáy: Hay gặp ở vùng da hở tiếp xúc với ánh sáng mặt trời. Là loại ung thư dễ chữa nhất, tỷ lệ khỏi bệnh gần 100%.

Ung thư biểu mô gai sừng hoá: Hay phát từ sẹo bỏng hoặc vết loét lâu ngày, là loại hay di căn hạch, có thể gây tử vong cao nếu không được phát hiện, chẩn đoán sớm và điều trị hợp lý.

Ung thư hắc tố: Thường khởi đầu bằng một nốt ruồi lành, tàn nhang hoặc một đám sắc tố bẩm sinh (bớt) nhưng cũng có thể phát triển ở chỗ da bình thường... Đây là loại ung thư của da hay di căn tới các bộ phận khác của cơ thể

Những người có nguy cơ bị ung thư da: Tất cả những người mà da của họ không thường xuyên được bảo vệ khi tiếp xúc với ánh nắng mặt trời. Những người da trắng dễ có nguy cơ ung thư da hơn những người da màu. Những người làm việc ngoài trời như nông dân, người làm đường, người bị bệnh khô da nhiễm sắc, thiếu khả năng phòng ngừa tác hại của tia tử ngoại, người bị bạch biến do rối loạn chức năng sinh sản sắc tố, có vết sẹo bỏng cũ lâu ngày do xăng, vôi hoặc do vật gây cháy khác; người có vết loét hoặc ổ viêm nhiễm lâu ngày... đều có thể bị ung thư da.

Các dấu hiệu và triệu chứng của ung thư da:

- Vết loét dai dẳng, thỉnh thoảng lại chảy máu hoặc có thể khỏi trong từng thời kỳ.

- Những thay đổi tại một vùng da bị sừng hoá do ảnh hưởng của ánh nắng mặt trời như chảy máu, loét, cục nhỏ..

- Loét hay nổi cục tại vùng da đã được tia xạ từ trước hoặc tại một vết sẹo hay một đường rò

- Một vết đốm đỏ nhạt mạn tính với sự xước trợt nhẹ

Phòng bệnh ung thư da:

- Mặc áo nhiều màu hoặc tối bằng các chất liệu tự nhiên, nó sẽ bảo vệ da bạn được tốt hơn là áo màu sáng bằng chất liệu nhân tạo. Khi làm việc ngoài trời, cần sử dụng nón, mũ hoặc màn che nắng, dùng mũ nón rộng vành để che được cả đầu, mặt, cổ.. hoặc tận dụng bóng râm của cây cối... Khi làm việc có tiếp xúc với hoá chất, phóng xạ cần phải có biện pháp bảo vệ như đi găng, đi ủng, quần áo bảo hộ, kính, mặt nạ.. Hạn chế làm việc ngoài trời nắng từ 10 giờ sáng đến 2 giờ chiều. Thường xuyên vệ sinh da sạch sẽ, tránh và điều trị kịp thời các triệu chứng viêm nhiễm trên da.

- Da của trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ rất nhạy cảm với ánh nắng mặt trời so với người lớn, thường trở nên rám nắng sau vài phút tiếp xúc. Một đứa trẻ bị phơi nắng quá nhiều khi trưởng thành dễ bị ung thư da. Vào buổi trưa (10 giờ sáng - 14 giờ chiều) cố gắng giữ cho trẻ không tiếp xúc trực tiếp với ánh nắng mặt trời, nên chọn chỗ cho trẻ ở dưới bóng cây, nếu phải ra ngoài phải dùng các biện pháp bảo vệ như: ô, mũ, nón.

- Cần nhắc lại rằng: Khi có bất kỳ một tổn thương nghi ngờ ở da bạn hoặc của người thân, nên tới và khuyên người thân tới các cơ sở y tế để khám. Mọi phát hiện và chẩn đoán sớm đều tốt cho bạn trong việc điều trị triệt để. Ung thư da có thể phòng ngừa được và dễ phát hiện sớm.

BS Nguyễn Chấn Hùng (Trung tâm Ung bướu TP HCM)

Phòng tránh và chữa trị rụng tóc

Rụng tóc có thể là biểu hiện sinh lý bình thường của cơ thể nhưng cũng có thể là một bệnh lý. Sau khi mọc, tóc sẽ già đi và rụng mất; tóc mới sẽ mọc lên thay thế. Do vậy, không có sợi tóc nào sống vĩnh viễn và tồn tại mãi trên da đầu. Chu kỳ rụng tóc bình thường có 3 giai đoạn: giai đoạn mọc tóc khoảng 1.000 ngày,

giai đoạn ngưng mọc tóc khoảng 20 ngày và giai đoạn rụng tóc khoảng 100 ngày.

Trung bình mỗi ngày tóc rụng từ 50 đến 80 sợi. Nếu tóc rụng quá 80 sợi mỗi ngày là có vấn đề, cần đi khám để bác sĩ tìm hiểu nguyên nhân và cách giải quyết.

Có nhiều nguyên nhân gây rụng tóc, nhưng có thể chia làm 4 loại sau:

1. Rụng tóc cấp tính: Rụng tóc nhiều và nhanh trong thời gian ngắn. Có thể do:

- Nhiễm độc các chất: Ngộ độc vàng (gặp ở những người chế biến vàng), ngộ độc thủy ngân hay các chất phóng xạ (trong quá trình điều trị bằng phóng xạ (chạy tia chữa ung thư...); ngộ độc vitamin A hay thuốc ngừa thai.

- Do bệnh nhiễm trùng: Thường gặp sau khi bị các bệnh như sốt rét, thương hàn, viêm màng não, nhiễm trùng sau khi sinh, cảm cúm nặng, bệnh giang mai... Trường hợp này tóc sẽ rụng nhiều, nhưng sau khi hồi phục bệnh vài tháng, tóc sẽ mọc trở lại bình thường.

- Do nguyên nhân nội tiết: Gặp ở phụ nữ sau khi sinh hay đang điều trị nội tiết tố nam giới. Một số bệnh làm rối loạn nội tiết như bệnh của tuyến giáp, bệnh của tuyến yên, tuyến thượng thận...

- Do tác động thần kinh: Thường gặp sau khi bị một cơn xúc động mạnh, hoặc mắc bệnh về tâm thần như bị trầm cảm.

2. Rụng tóc mãn tính : Loại này thường gặp nhất. Diễn biến của bệnh rụng tóc loại này thường kéo dài, có thể trở thành mảng trụi tóc, làm da đầu láng nhẵn.

- Do quá trình tăng tiết bã nhờn trong cơ thể: Thường gặp người có da đầu nhờn, làm cho bụi dễ bám vào da đầu, tạo điều kiện nhiễm vi trùng, nhiễm nấm... gây viêm da đầu, làm cho tóc rễ rụng.

- Ở nam giới: Chứng rụng tóc dẫn đến hói đầu đôi khi là do yếu tố di truyền.

- Do dầu gội đầu: Một số dầu gội đầu có chứa thành phần hoá học tạo mùi thơm, chất tẩy rửa... làm cho tóc xơ khô và dễ rụng sau gội đầu hay chải tóc.

- Do thuốc nhuộm tóc và những hoá chất sử dụng uốn tóc: Các chất này có thể gây độc cho da đầu và nhiễm độc cơ thể nếu như da đầu bị trầy xước, có mụn nhọt...

- Do thiếu dinh dưỡng, thiếu vitamin và chất khoáng: Những người suy nhược cơ thể (nhất là sau suy nhược thần kinh) hay bị rụng tóc. Một số vitamin A, B, E... rất cần thiết cho da, cũng như khoáng chất như đồng, sắt Nếu thiếu chúng, chân tóc yếu, tóc dễ bị rụng.

Rụng tóc mãn tính cũng xảy ra sau một số trường hợp bị chấn thương, bệnh tâm thần kinh, bệnh nội tiết.

3. Rụng tóc do nấm da đầu : Khi bị rụng tóc có kèm theo ngứa nhiều vùng da đầu hoặc có vảy gầu ở quanh chân tóc. Thường tóc rụng thành từng mảng ở trên da đầu nơi nhiễm nấm. Tùy theo nấm bị nhiễm mà có biểu hiện thêm như: tóc vừa rụng, vừa gãy, có viêm trên da đầu (vùng da dầy đỏ).

4. Bệnh trụi tóc: Loại này thường khó xác định nguyên nhân. Đột nhiên tóc rụng trụi đi một vùng, có thể xảy ra cùng với trụi râu (ở nam giới) hoặc trụi đi cả lông mày.

Những yếu tố có thể gây tác động cho rụng trụi tóc là do rối loạn tâm thần kinh, rối loạn về nội tiết, hoặc do nhiễm trùng cấp tính toàn thân

Chữa trị và phòng tránh rụng tóc

Trước tiên phải xác định được nguyên nhân, xem đó là trạng thái sinh lý bình thường hay là bệnh lý rồi tùy theo nguyên nhân mà chữa trị.

- Không nên thay đổi dầu gội đầu liên tục vì dầu gội không có tác dụng ngăn chặn rụng tóc, cũng không thể gây rụng tóc (ngoại trừ dầu pha chế rởm hoặc giả mạo).

- Sự mọc tóc chịu ảnh hưởng ở phần sâu bên trong tóc. Hiện nay chưa có thuốc bôi nào có hiệu quả rõ ràng trong việc ngăn chặn rụng tóc hoặc kích thích tóc mọc. Minoxidil (Neoxidil) là thuốc bôi thích hợp cho người hói đầu do ảnh hưởng của androgen, kết quả đạt được khoảng 30% sau khi bôi thuốc liên tục ít nhất 6 tháng. Finasteride là thuốc ức chế men 5 alpha reductase, men này giúp không cho testosteron trở thành dihydrotestosteron - chất đóng vai trò quan trọng trong bệnh hói đầu do androgen. Gần đây việc cấy tóc đã được tiến hành tại TP HCM. Nhưng tốt nhất là nên chăm sóc tốt da đầu để tránh rụng tóc:

1. Giữ sạch da đầu: Bằng cách gội đầu thường xuyên. Nên gội đầu mỗi ngày một lần với loại xà bông có màu trong (không pha chất màu). Nên gội đầu bằng nước nóng. Một số xà bông có mùi thơm nhiều và nặng mùi, dễ làm tăng rụng tóc.

Nên gội xà bông hai lần liên tục để làm sạch những cáu bẩn khó sạch trong lần gội đầu tiên. Tốt nhất là dùng dầu xả sau khi gội vì loại này có khả năng chống chất tẩy rửa của xà bông và làm cho tóc mềm, mượt, tránh được sự bám bẩn của bụi.

2. Tập xoa da đầu: Xoa da đầu có tác dụng làm lưu thông tuần hoàn da đầu, tạo điều kiện tăng sự tưới máu đến nuôi dưỡng chân tóc. Ngoài ra, việc chà xát lên da đầu còn có tác dụng phân tán những phần dầu đọng ở chân tóc. Việc xoa da đầu có thể áp dụng ngay trước và trong khi gội. Ngoài lúc gội đầu, bạn có thể áp dụng xoa da đầu trong ngày vài ba lần, trước khi đi ngủ và sau khi ngủ dậy.

3. Không nên sử dụng máy sấy tóc sau khi gội đầu: Máy sấy tạo nên nhiệt độ quá nóng làm cho tóc bị giòn và dễ gãy. Tốt nhất là hong tóc khô bằng quạt gió

4. Nên chải tóc bằng lược có răng thưa và chải nhẹ nhàng.

5. Tránh tập trung suy nghĩ gây căng thẳng: Khi thần kinh bạn căng thẳng, nhiệt độ ở da đầu có thể tăng làm cho bạn có cảm giác nóng ran. Điều này sẽ tạo điều kiện tiết ra các chất dầu ở chân tóc. Ngoài ra, suy nghĩ nhiều cũng tác động làm tăng tiết androgen là một kích thích tố có tác dụng thúc đẩy sự tiết chất nhờn bã của cơ thể Người ta hay nói "suy nghĩ đến sói đầu"; đó là một thực tế

6. Bổ sung dinh dưỡng: Những người suy nhược cơ thể thường hay bị rụng tóc, những người sau khi sinh, sau một cơn bệnh nặng đều dễ bị rụng tóc. Cần có chế độ ăn đầy đủ dinh dưỡng, bổ sung vitamin (A, B, C...) và các thành phần chất khoáng (đồng, sắt, kẽm...) có trong những viên thuốc đa sinh tố

Khi bị chứng rụng tóc (khoảng mấy chục sợi trong một lần gội, chải đầu), nên đi khám để tìm nguyên nhân. Ngoài điều trị những nguyên nhân gây rụng tóc, bạn có thể áp dụng một số những biện pháp phòng tránh nêu trên để đảm bảo cho mái tóc của bạn luôn được bóng, mềm, mịn, mượt. Muốn chữa trị tốt, phải tìm đến bác sĩ chuyên khoa da liễu.

Rụng tóc do androgen

Rụng tóc do androgen là nguyên nhân thường gặp nhất ở nam và nữ, chiếm khoảng 1/3 số bệnh nhân rụng tóc. Bệnh nhân thường rụng tóc lúc 20 tuổi, càng sớm thì dự hậu càng xấu. Tóc bắt đầu rụng ở vùng thái dương và vùng trán kiểu hình chữ M. Tóc ở vùng trán và đỉnh đầu thưa dần đến khi chỉ còn một vành trên gáy theo hình móng ngựa. Tóc ở vùng rụng được thay bằng những sợi mảnh, mềm và sáng hơn như lông măng, đôi khi không nhìn thấy và cũng rất dễ rụng.

Tóc rụng theo nhiều cơn bộc phát liên quan đến thời tiết và công việc lao tâm của bệnh nhân. Da đầu của bệnh nhân có khi sạch và tiết nhiều chất nhờn, làm tóc dính vào nhau, thường có vảy phấn. Khi tóc rụng hết, vảy phấn sẽ biến mất, đầu láng bóng và thượng bì hơi teo. Ở nữ thường rụng tóc ở vùng giữa da đầu. Trán ít bị và thường rụng lan toả hơn.

Nguyên nhân: Do hai yếu tố quan trọng là di truyền và nội tiết. Các nang lông nhạy cảm với dihydrotestosteron. Dihydrotestosteron là dạng hoạt động của testosteron (một loại androgen) được biến đổi nhờ men 5 alpha - reductase. Sự nhạy cảm này được quyết định bởi yếu tố di truyền. Cơ chế tác động hiện nay người ta vẫn chưa rõ, ở những người bị hoạn không bao giờ bị hói, tuy nhiên khi cho testosteron vào những người bị hoạn (có yếu tố gia đình) thì có hiện tượng rụng tóc.

Điều trị:

- Tại chỗ rụng tóc: Có thể dùng Minoxidil (dung dịch 2%). Xịt 1 ngày 2 lần lên vùng rụng tóc, mỗi lần xịt 10 nhát (10 nhát tương đương với 1 ml). Thuốc có hiệu quả sau 4 tháng điều trị liên tục và cần duy trì tối thiểu trong 1 năm để ngăn rụng tóc trở lại. Hiệu quả tốt trong các trường hợp bệnh nhân còn trẻ, thời gian rụng tóc dưới 10 năm, ranh giới vùng rụng tóc dưới 10 cm.

- Cấy tóc: áp dụng cho một số bệnh nhân thích hợp.

Chú ý:

+ Bệnh nhân nữ có thể dùng chất ức chế androgen như Cyproterone Acetate.

+ Thuốc ngừa thai có nhiều progesteroen có thể làm bệnh nặng hơn.

+ Các bệnh nhân bị rụng tóc cần điều trị bệnh lý tuyến giáp và thiếu máu nếu có

+ Khi có dấu hiệu rụng tóc thì nên khám tại bệnh viện da liễu (bình thường một ngày rụng dưới 100 sợi tóc. Đánh giá rụng tóc bằng cách kéo mạnh một nhúm tóc khoảng 15-20 sợi, nếu rụng hơn 6 sợi là bất thường).

BS Nguyễn Phan Anh Tuấn

Cẩn thận với thuốc nhuộm tóc

Hiện nay, tại bất cứ một dịch vụ làm tóc nào, các thợ hớt tóc cũng đều ra sức thuyết phục khách hàng trẻ nhuộm tóc theo những

model được in sẵn trong calalogue. Thuốc nhuộm tóc thực ra là một độc chất mà nếu lạm dụng sẽ gây ra những tác hại khó lường.

Theo một công trình nghiên cứu của Viện Ung thư quốc gia Mỹ (National Cancer Institute - NCI), những người nhuộm tóc càng lâu, dùng màu càng đậm thì nguy cơ mắc bệnh ung thư càng cao. Nghiên cứu đã đưa ra những kết quả chứng minh rằng, những người nhuộm tóc nâu nhạt, nâu sẫm và đỏ đậm thì có nguy cơ bị ung thư cao nhất. Các công trình nghiên cứu khác cũng cho thấy, người dùng thuốc nhuộm tóc thường có tần số mắc bệnh ung thư cao hơn 50% so với những người không dùng thuốc nhuộm tóc.

Nhuộm tóc là một nhu cầu làm đẹp chính đáng. Tuy nhiên, khi nhuộm, cần cân nhắc giữa lợi ích của sức khỏe và vấn đề thẩm mỹ. Khi dùng thuốc nhuộm, cần lưu ý những vấn đề sau đây:

- Đa số thuốc nhuộm tóc có thành phần là các hợp chất có thể gây dị ứng cho da và gây tác hại nghiêm trọng đến các cơ quan khác như mũi, miệng, mắt... Thông thường trong mỗi hộp thuốc nhuộm tóc có chứa hai chai với thành phần hoá học khác nhau, ở dạng bột hay dạng nước; khi sử dụng sẽ trộn hai chai với nhau theo liều lượng thích hợp.

- Những loại thuốc nhuộm tóc khi pha quá 30 phút mà chưa sử dụng thì phải đổ bỏ. Khi pha thuốc nhuộm tóc, cần tránh dùng các đồ chứa bằng kim loại. Khi nhộm, không nên dùng lược chải bằng kim loại.

- Trước khi nhuộm tóc cần phải thử phản ứng thuốc trên da. Chấm một đốm nhỏ lên da rồi để thuốc khô tự nhiên. Sau 48 giờ, nếu vùng da chấm thuốc bị nổi đỏ, sưng hoặc ngứa thì phải rửa ngay vết thuốc ở chỗ thử và tuyệt đối không nên dùng loại thuốc ấy nữa.

Những trường hợp sau đây cũng không được dùng thuốc nhuộm tóc:

- Vùng da ở đầu, mặt, cổ bị thương hay sưng đau.

- Phụ nữ trong thời gian hành kinh hoặc trong thai kỳ.

Tuyệt đối không nhuộm lông mày và lông mi. Trong lúc nhuộm, tránh giây thuốc lên da. Khi thuốc văng vào mắt thì cần phải đến bác sĩ nhãn khoa ngay.

Không nên nhuộm tóc một tuần trước và sau khi uốn tóc.

Cẩn trọng hơn, khi nhuộm tóc, nên dùng kem thoa mặt bôi thật dày để bảo vệ những vùng da giáp chân tóc và vùng quanh tai.

CHƯƠNG 5
CÁC BỆNH XƯƠNG KHỚP

Thoái hoá khớp

Thoái hoá khớp là một loại viêm khớp, hủy hoại chất sụn ở khớp. Đây là bệnh thường gặp trong số các vấn đề về khớp. Ở Mỹ, có đến 100 triệu người mắc bệnh này. Trước 45 tuổi, thoái hoá khớp thường xảy ra ở đàn ông; sau 55 tuổi, nó hay gặp ở đàn bà Vị trí thoái hoá thường gặp là hai bàn tay, bàn chân, xương sống và các khớp lớn chịu sức nặng như háng, đầu gối.

Bệnh thoái hoá khớp nguyên phát có liện hệ với tuổi già Tuổi càng lớn, nước trong sụn gia tăng, chất protein sụn bị thoái hoá Các khớp được dùng quá nhiều năm dễ bị viêm sụn, đau khớp, sưng; nếu tiến triển quá lâu còn làm mất hẳn lớp đệm sụn khớp. Viêm khớp kích thích phát sinh tăng trưởng xương mới, tạo thành các gai quanh khớp. Thoái hoá khớp thứ phát xảy ra sau béo phì, chấn thương nhiều lần hay phẫu thuật khớp, bệnh bẩm sinh về khớp, gút, tiểu đường và một số rối loạn hoóc môn. Thoái hoá khớp chỉ là bệnh về khớp, không ảnh hưởng gì đến các cơ quan khác.

Bệnh thường gây đau đớn nơi khớp, nhiều hơn vào lúc chiều tối. Khớp có thể sưng, ấm, khi vận động có tiếng kêu ở khớp. Đau và cứng khớp hay xảy ra khi ngồi bất động lâu. Triệu chứng thay đổi tùy người: có người thấy quá đau, phải đi khập khiễng, khó làm việc được; ở người khác lại có rất ít triệu chứng dù có nhiều hình ảnh thương tổn trên X-quang. Triệu chứng bệnh này có thể không liên tục, nhiều người bị ở khớp gối, tay có thể nhiều năm không đau gì. Do khớp gối bị thoái hoá, bệnh nhân đi khập khiễng, ngày càng tệ hơn khi bệnh tiến triển. Thoái hoá khớp ở xương sống

gây ra đau cổ hay đau lưng. Thoái hoá khớp có thể tạo xương cứng quanh các khớp nhỏ ở bàn tay, gọi là cục Heberden, có thể không đau (nhưng giúp chẩn đoán ra bệnh này).

Không có xét nghiệm máu nào dùng chẩn đoán bệnh này. Thử máu dùng để loại trừ bệnh khác gây ra thoái hoá khớp thứ phát hay một số bệnh viêm khớp khác. X-quang các khớp giúp nhiều trong chẩn đoán. Thường thấy nhất là mất sụn khớp khiến hẹp khe khớp và thành lập các gai. Chọc khớp đôi khi giúp chẩn đoán phân tích dịch khớp, loại trừ bệnh gút, nhiễm trùng và các nguyên nhân khác.

Về điều trị, ngoài giảm cân, tránh mọi hoạt động thái quá ảnh hưởng đến khớp, không có cách nào ngăn chặn được sự thoái hoá sụn hay sửa chữa gì các sụn bị thương tổn. Mục đích điều trị là giảm đau khớp, viêm, cải thiện, gìn giữ chức năng hoạt động.

- Có thể dùng biện pháp bảo tồn như nghỉ ngơi, thể dục và giảm cân, vật lý trị liệu hay các dụng hỗ trợ

- Áp túi nóng trước khi tập và túi lạnh sau khi tập thể dục để giảm đau, sưng.

- Bơi lội là cách tập thể dục tốt ít làm chấn thương khớp.

- Nên dùng vài môn thể dục khác như đi bộ, đạp tại chỗ, tập nâng tạ nhẹ

Chuyên viên vật lý liệu pháp có thể cung cấp các dụng cụ như gậy, thanh nẹp, dụng cụ tập đi, nhằm giảm mọi chấn thương nơi khớp.

BS Dương Minh Hoàng

Viêm khớp dạng thấp

Đây là bệnh quan trọng hàng đầu trong các bệnh thấp khớp ở người lớn, thường gặp ở phụ nữ lứa tuổi từ 30 đến 60, có thể kéo dài đến suốt đời.

Biểu hiện đặc trưng của bệnh là hiện tượng viêm màng hoạt dịch "bào mòn" ở các khớp nhỏ ngoại biên, đối xứng hai bên, diễn

biến kéo dài, tiến triển từng đợt, có xu hướng tăng dần, dẫn đến tổn thương bào mòn sụn khớp và đầu xương, gây dính khớp, biến dạng khớp và mất chức năng hoạt động của khớp.

Bệnh khởi phát từ từ, tăng dần nhưng đôi khi cũng tiến triển rất nhanh. Vị trí bắt đầu thường ở các khớp nhỏ như cổ tay, bàn tay, ngón tay... sau đó ảnh hưởng tới các khớp khác như khớp gối, khớp cổ chân, khớp khuỷu tay, khớp vai, khớp háng... Biểu hiện chung của bệnh là hiện tượng cứng khớp gây khó cử động các khớp vào buổi sáng lúc mới ngủ dậy và hiện tượng sưng, nóng, đỏ, đau các khớp nhỏ, đặc biệt ở bàn tay như cổ tay, bàn ngón tay, bàn ngón chân và khớp gối, đối xứng hai bên. Bệnh nhân còn có các dấu hiệu toàn thân như sốt, mệt mỏi, xanh xao, gầy sút.

Diễn biến của bệnh rất khác nhau với từng người bệnh, thường qua 2 giai đoạn:

- Giai đoạn đầu thường kéo dài 1 đến 3 năm. Biểu hiện là sưng, nóng, đỏ, đau, hạn chế vận động các khớp do màng hoạt dịch của khớp bị viêm. Bệnh diễn biến từng đợt, nhưng chưa để lại di chứng gì đáng kể tại khớp sau một đợt viêm, chưa ảnh hưởng nhiều tới toàn bộ cơ thể người bệnh.

- Giai đoạn sau: Bắt đầu xuất hiện tổn thương bào mòn ở sụn khớp và đầu xương do hậu quả của hiện tượng viêm màng hoạt dịch, các tổn thương này một khi đã xuất hiện thì không thể mất đi được. Nếu không được điều trị đúng, các tổn thương sụn khớp và đầu xương ngày càng nặng nề làm khe khớp này dần dần hẹp lại, các đầu xương dính với nhau gây biến dạng khớp, dính khớp, cứng khớp và mất khả năng vận động của khớp. Lúc này, bệnh thường ảnh hưởng tới toàn thân với các biểu hiện: sốt, xanh xao, gầy sút, teo cơ, mệt mỏi, suy nhược...

Ở cả 2 giai đoạn của bệnh, bệnh nhân luôn luôn cần được làm thêm các xét nghiệm đặc hiệu như chụp X-quang hai bàn tay, tìm yếu tố viêm khớp dạng thấp trong máu và một số xét nghiệm khác tùy từng trường hợp cụ thể để thầy thuốc chẩn đoán xác định bệnh viêm khớp dạng thấp, đồng thời chẩn đoán phân biệt với các bệnh khớp khác có những biểu hiện lâm sàng tương tự

Cần điều trị toàn diện gồm:

1. Điều trị triệu chứng sưng, nóng đỏ, đau và cải thiện khả năng vận động của khớp (các thuốc kháng viêm, giảm đau).

2. Điều trị cơ bản (các thuốc chống thấp khớp có thể cải thiện bệnh).

3. Điều trị hỗ trợ: Tập luyện, dự phòng, phục hồi chức năng, vật lý trị liệu, thuốc y học dân tộc, châm cứu, xoa bóp...

4. Điều trị các biến chứng do thuốc điều trị (biến chứng viêm loét dạ dày tá tràng, loãng xương, nhiễm trùng, rối loạn nội tiết...) và sửa chữa các di chứng dính khớp, biến dạng khớp (phẫu thuật chỉnh hình).

5. Giải quyết các vấn đề kinh tế xã hội cho người bệnh.

Trong đó, 3 mục tiêu đầu là then chốt vì việc điều trị triệu chứng, điều trị cơ bản và điều trị hỗ trợ nếu có hiệu quả và an toàn sẽ làm cho bệnh ổn định sớm, hạn chế các thương tổn tại sụn khớp và xương, giảm số lượng các thuốc kháng viêm giảm đau phải sử dụng do đó giảm được các biến chứng của các loại thuốc.

Điều trị cơ bản: Là việc sử dụng các thuốc chống thấp khớp để cải thiện bệnh nhằm làm ngưng hoặc giảm sự tiến triển của bệnh. Việc điều trị cơ bản cần được tiến hành càng sớm càng tốt, tốt nhất là trước khi xuất hiện các tổn thương ở sụn khớp và đầu xương, vì thuốc chỉ có thể làm ngưng sự tiến triển của bệnh chứ không thể cải tạo được các tổn thương thực thể đã có tại sụn khớp do các phương pháp điều trị trước đây, đặc biệt là viêm, loét dạ dày - tá tràng, rối loạn nội tiết...

Các thuốc để điều trị cơ bản bệnh viêm khớp dạng thấp gồm: Methotrexate, Sulfasalazine, Hydroxychloroquine, muối vàng chích hoặc uống, D-Penicillamine, Cyclosporine A... Việc lựa chọn thuốc hoàn toàn do các thầy thuốc lựa chọn dựa trên từng bệnh nhân cụ thể, mức độ bệnh, giai đoạn bệnh, tình trạng sức khỏe...

Thuốc điều trị cơ bản thường được sử dụng lâu dài, có thể nói là suốt đời, nếu không có tác dụng bất lợi buộc phải bỏ điều trị. Vì vậy, việc điều trị cơ bản cần có sự theo dõi và đánh giá của thầy

thuốc chuyên khoa theo những nguyên tắc đã được qui định. Các yếu tố như thời gian điều trị, liều thuốc, phối hợp thuốc, ngưng thuốc, thêm thuốc, đổi thuốc... hoàn toàn phải có ý kiến của thầy thuốc chuyên khoa trực tiếp theo dõi.

Việc ngừng thuốc tùy tiện, dùng thuốc không đều, không đủ liều, không theo dõi sát, bỏ dở điều trị... là những nguyên nhân làm giảm hoặc làm mất hiệu quả của điều trị.

Thấp khớp cấp tính (Bệnh thấp tim)

Đây là một bệnh thấp khớp của người nhỏ tuổi; thường gặp ở lứa tuổi 5-15, ít thấy ở trẻ em dưới 3 tuổi và người lớn trên 25 tuổi.

Bệnh thường bắt đầu sau khi bé bị viêm họng do vi trùng liên cầu khuẩn từ 1 đến 3 tuần. Viêm họng do liên cầu khuẩn là nguyên nhân thúc đẩy cơ thể phản ứng toàn thân theo kiểu miễn dịch - dị ứng, đặc biệt là ở khớp và tim. Bệnh thấp tim không phải là bệnh nhiễm trùng.

Bệnh xuất hiện đột ngột, các dấu hiệu rõ ràng, mạnh mẽ, nên được gọi là cấp tính. Có thể nhận biết bệnh nhờ các dấu hiệu chính như:

- Sốt nóng vừa (37,5 độC) hoặc cao (40 độC).

- Đau các khớp lớn như khớp gối, cổ chân, cổ tay, khủyu. Thấy rõ khớp sưng, nóng, đỏ và đau nhức. Đau khớp thường "chạy" lần lượt từ khớp này qua khớp khác. Cũng có khi các khớp chỉ thấy đau mà không thấy rõ sưng, nóng, đỏ hoặc có khi chỉ thấy một khớp bị đau.

- Có những đường vòng đỏ hồng hoặc các cục cứng nhỏ dưới da, ở dọc các gân, mu bàn tay, bàn chân.

- Nếu bị nặng sẽ thấy hiện tượng thở gấp và có thể đau ở vùng tim.

- Trong một số trường hợp có thể có những biểu hiện ở các cơ quan khác như: ngoài da, hô hấp, tiêu hoá, thần kinh.

Bệnh thường xảy ra vào mùa lạnh, nơi có không khí ẩm ướt, nhà ở chật chội, thiếu ánh sáng, ăn uống thiếu thốn.

Các chuyên gia y tế lưu ý các giai đoạn thường trải qua của bệnh thấp tim:

- Giai đoạn 1: Viêm họng liên cầu khuẩn.

- Giai đoạn 2: Bệnh thấp tim phát triển toàn diện (khớp, tim, da, thần kinh).

- Giai đoạn 3: Bệnh tim vĩnh viễn.

- Giai đoạn 4: Suy tim nặng dần không hồi phục hoặc làm tử vong.

Chứng đau thấp khớp bên ngoài tuy thấy rõ rệt nhất nhưng lại không đáng sợ, khớp không bao giờ bị làm mủ vì không phải bệnh nhiễm trùng. Và chỉ 5 đến 15 ngày sau là nó có thể tự khỏi mà không chữa trị gì. Bệnh nặng và đáng sợ là bệnh tim, có thể dẫn đến suy tim gây tử vong hoặc mang bệnh tim suốt đời. Theo một số liệu được thống kê, cứ 10 trẻ em bị bệnh thấp tim thì có hơn 1 trẻ bị chết (10,9%). Bệnh khỏi rồi vẫn có thể tái phát hoặc tiến triển nặng hơn. Khi trẻ đã bị bệnh thấp tim rồi (giai đoạn 2), phải đưa đến bệnh viện sớm để được điều trị.

Phòng trị:

- Trước hết, cần chú trọng cải thiện các điều kiện ăn, ở, chú ý vấn đề vệ sinh môi trường, điều kiện dinh dưỡng đối với trẻ em.

- Tích cực chữa trị đúng đắn viêm họng do liên cầu khuẩn.

- Phải cho trẻ em bị bệnh viêm họng nhiễm trùng ăn, ngủ riêng để tránh lây bệnh.

- Trẻ đã bị bệnh thấp tim một lần rồi phải tiếp tục dùng kháng sinh để ngăn ngừa tái phát. Trẻ cần được khám bệnh thường kỳ để thầy thuốc theo dõi, hướng dẫn cụ thể cách săn sóc, cách dùng thuốc và thời gian dùng thuốc.

- Nếu nhận thấy các dấu hiệu của bệnh thì phải sớm đưa trẻ đến các phòng khám chuyên khoa, thực hiện các xét nghiệm cần

thiết theo chỉ định của thầy thuốc để có hướng điều trị kịp thời, giảm được nguy cơ ảnh hưởng xấu đến tim.

BS Trương Văn Anh Tuấn

Chứng đau lưng

Đau lưng là một chứng bệnh thường gặp. Có rất nhiều nguyên nhân gây đau lưng, nhưng thường gặp nhất là lao động không đúng cách. Đau lưng do chấn thương hoặc do bệnh của cột sống cũng tương đối hay gặp.

Nguyên nhân:

- Thoái hoá đĩa đệm: Đĩa đệm là phần nằm giữa 2 đốt xương của cột sống, có tính chất mềm và co giãn (nhờ vậy mà cột sống cong, ưỡn được). Các đĩa đệm có tác dụng giảm "xóc" khi có sức dồn nén. Các bệnh của đĩa đệm dẫn đến đau lưng thường lxuất hiện do sự thoái hoá của đĩa đệm, do tuổi tác ngày càng tăng, lao động nhiều khiến đĩa đệm phải chịu nhiều dồn ép lâu ngày, làm giảm đi tác dụng thun giãn.

- Thoát vị đĩa đệm: Khi mang hay vác một vật nặng, cột sống phải chịu sự đè nén của vật đó, và lẽ dĩ nhiên, đĩa đệm cũng phải nhận gánh nặng này. Nếu vật quá nặng, sức dồn ép quá mức, đĩa đệm phải phình ra, chèn ép lên các dây thần kinh, gây ra cảm giác đau. Những đĩa đệm nằm ở vị trí thấp thì sẽ chịu nặng nhiều hơn, điều đó giải thích tại sao người ta hay đau cột sống ở vùng thắt lưng.

Trong một số trường hợp, đĩa đệm còn đủ khả năng chịu đựng và chỉ phình ra có giới hạn, người bệnh đau vài ba ngày là đỡ. Nếu vật nặng quá sức chịu đựng của đĩa đệm, nhân của đĩa đệm phải di chuyển đẩy ra làm vỡ bao gối sụn và lồi ra ngoài đĩa đệm, chèn chặt vào các dây thần kinh, gây đau lưng dữ dội, có thể gây đau thần kinh toạ, nặng hơn có thể bị liệt chân. Trong trường hợp này, bệnh nhân đau thắt lưng cấp do thoát vị đĩa đệm.

- Thoái hoá cột sống: Đây là nguyên nhân thường gây đau lưng nhất. Khi người yếu thì đau càng tăng lên. Bệnh gây đau lưng từng đợt, giảm một thời gian rồi đau lại.

- Gai đốt sống: Thường là gai đốt sống thắt lưng và đốt sống cùng. Nếu có gai đốt sống cổ bệnh nhân sẽ đau vùng gáy.

- Tư thế trong lao động: Trường hợp này rất thường xảy ra do trong quá trình lao động do không chú ý như cúi lưng để nâng vật nặng quá sức, làm cho lưng cong, ưỡn ra, đĩa đệm dễ bị trượt, gây chứng đau lưng cấp. Một số người có chứng đau lưng kinh niên do phải làm việc trong một tư thế ít thay đổi như thợ may, thư ký ngồi văn phòng, người nông dân đi cày phải cúi liên tục, những công nhân phải đứng máy liên tục, những tài xế xe...

- Bệnh dính các khớp cột sống.

- Bệnh viêm cột sống do nhiễm trùng.

- Một số di căn của ung thư lan đến cột sống: Các trường hợp ung thư phổi, ung thư vú, ung thư tuyến tuyền lập ở nam giới... cũng có thể di căn lên cột sống.

- Bệnh loãng xương: Thường gặp ở phụ nữ tuổi mãn kinh. Khi có bệnh loãng xương, các xương rất dễ bị gãy, nguy hiểm nhất là gãy chỏm xương đùi.

- Bệnh trượt cột sống do chấn thương: Hay đau ở vùng thắt lưng do trượt đốt sống lưng thứ 5, thường do chấn thương hoặc dị dạng cột sống.

- Bệnh ở một số cơ quan trong cơ thể: Như bệnh về đường tiết niệu và sinh dục, thường gặp là bệnh sỏi thận, viêm thận, bể thận, u ở thận, viêm tiền lập tuyến.

- Rối loạn nội tiết: Một số phụ nữ có rối loạn về kinh nguyệt cũng thường bị đau lưng, viêm tiền liệt tuyến ở nam giới...

- Một số bệnh ở đường tiêu hoá: Thường gặp là loét dạ dày, tá tràng, bệnh viêm tụy, bệnh sỏi mật...

- Các bệnh về thần kinh: Thường là các bệnh của tủy sống.

- Bệnh cùng hoá cột sống: Thường gặp ở đốt sống thắt lưng 5 do đốt sống bị lún xuống.

- Các bệnh toàn thân dẫn đến đau lưng: Như các bệnh nhiễm trùng gây sốt cao (sốt rét, thương hàn, sốt xuất huyết...)

- Bệnh vôi hoá cột sống (mục xương).

Ngoài các nguyên nhân kể trên, các yếu tố ảnh hưởng đến tâm thần cũng đóng vai trò gây đau lưng.

Phòng ngừa đau lưng

Để phòng ngừa đau lưng, chúng ta phải luôn luôn chú ý đến tư thế sinh hoạt, lao động đúng. Đây là biện pháp phòng ngừa hữu hiệu nhất. Những tư thế tuy đơn giản nhưng rất cần được quan tâm giữ đúng đắn là nằm, ngồi, đứng, đi, nhấc vật nặng, mang xách vật nặng. Sau đây là những tư thế quan trọng cần chú ý:

Nằm

Không nên nằm trên giường quá cứng (như giường gỗ) hay quá mềm và trũng (như giường có lò xo mất độ giãn). Nên nằm nệm chắc đều nhưng mềm, có thể lót một miếng ván cứng dưới nệm nếu cần để tránh giường quá trũng. Không nên nằm gối quá cứng và quá cao khiến cổ gập, vai nhô lên. Nên chọn gối có kích thước nhỏ hoặc mềm vừa đủ lăn trở đầu mà cổ không bị quẹo. Khi nằm phải giữ sao cho đầu, cổ, thân thẳng. Tránh các tư thế vặn vẹo. Tránh nằm sấp vì sẽ gia tăng lực chịu đựng lên cột sống thắt lưng. Nên nằm ngửa ngay thẳng hay nằm nghiêng, ôm một gối dài trong tư thế thoải mái. Tránh nằm với tay lấy vật gì quá xa hay đan chéo tay với lấy đồ khiến thân hình vặn vẹo.

Từ nằm chuyển sang ngồi phải tránh vặn vẹo thân mình. Tránh hẳn tư thế bật ngồi lên thình lình khiến cột sống chịu lực bất thường hay gây đau. Khi phải ngồi lên trong tư thế ngửa, chúng ta nên chống 2 tay ra phía sau lưng, từ từ ngồi lên một cách nhẹ nhàng, không đột ngột.

Thế chuyển từ nằm giường sang ngồi tốt nhất là

- Gập một chân, lăn theo trục thân. Gập cả hai chân, chống khuỷu bên phía lăn và chống bàn tay bên kia để ngồi lên từ từ bên mép giường, nhẹ nhàng thư duỗi hai chân.

- Thế chuyển từ nằm đất sang ngồi và sang đứng dậy tốt nhất là nhờ sức cơ hai tay và hai chân, chậm rãi, tránh đột ngột: Nằm sấp, chống tay ngồi, mông dựa lên cẳng chân. Quì thẳng lên gối, gập một chân ra phía trước. Tì tay vào gối rồi đứng dậy từ từ

Khi chuyển từ ngồi sang nằm cũng nên nhẹ nhàng, không nên ngã vật xuống giường hay vặn vẹo thân mà nên làm tiến trình ngược lại: Ngồi ngay thẳng bên mép giường, chống tay, nghiêng người dần dần. Nằm nghiêng xuống vừa co gối lại, nằm ngửa ra từ từ Duỗi chân này rồi duỗi chân kia ra. Những tư thế thường ngày này lại chính là tư thế chống đau khi bị bệnh.

Ngồi

Lời khuyên này đặc biệt được áp dụng cho các bệnh nhân đang đau lưng: Trước khi ngồi, nên đến đứng trước cái ghế muốn ngồi một cách từ từ, lưng thẳng ngay trước ghế tựa. Ngồi xuống trong tư thế thẳng lưng rồi sửa tư thế ngồi ngay ngắn trong tư thế sau cho lưng tựa thẳng vào thành ghế

Các bước ngồi như sau:

Đứng thẳng trước ghế, bỏ một chân ra trước và một chân dưới ghế, ngồi thẳng xuống mép ghế, sửa tư thế ngồi; nhích sát chỗ tựa ghế, ngồi ngửa lưng ra chậm rãi, mắt nhìn ngang tầm. Khi chuyển từ ngồi sang đứng thì làm ngược lại tiến trình trên. Không nên ngồi xuống hay đứng dậy thình lình. Không nên gập người trước khi ngồi. Không nên gập người trước khi đứng dậy.

Chọn ghế ngồi tốt:

Ghế ngồi tốt có chỗ dựa lưng hơi ngả ra sau khoảng 30 độ, hoặc chỗ tựa lưng kín, có thể lót một gối nhỏ sau thắt lưng. Các ghế có độ nhún giúp bạn thay đổi dễ dàng tư thế phù hợp. Ghế chọn phải vừa tầm chân người ngồi, nghĩa là khi ngồi, gối cao hơn háng một chút, lưng hơi ngửa ra thoải mái.

Nên tránh ghế quá sâu, quá mềm, quá thấp, quá ngửa khi ngồi vào chỗ trũng, gập thân làm đôi, ảnh hưởng xấu đến tư thế chuyển đổi từ ngồi sang đứng và do đó ảnh hưởng đến cột sống.

Đứng

Khi đứng, nên đứng thẳng lưng, ngực ưỡn, hai vai hơi ra phía sau, cổ thẳng, đầu không vẹo lệch hay cúi, hai chân dang ra để tăng diện tích mặt chân đế và đứng vững hơn. Một chân có thể gác lên bục trước mặt và thay đổi chân khi đứng lâu. Không nên đứng rũ người, lệch thân sang bên, tựa nghiêng người vào cột nhà hay tường. Khi đứng trên xe buýt, xe công cộng, không nên nắm tay với trên cao làm thân bị vẹo lệch. Nên nắm thanh tựa hay nắm tay treo ngang tầm hoặc tựa lưng vào thành xe là hơn.

Đi

Tư thế tốt khi đi giống tư thế nhà binh: lưng thẳng, vai hơi ra sau trong mặt phẳng khung chậu; mắt nhìn ngang; tay đánh ra xa đều đặn để giữ thăng bằng tự nhiên, tránh tư thế nhìn mãi xuống đất hay ngược lại ngó hất mặt lên trời.

Tư thế làm việc

Không nên ngồi ở mép ghế và quá xa bàn làm việc, lưng khòm xuống. Không nên đứng chân thấp chân cao làm thân vẹo sang bên. Nhớ giữ thân luôn luôn ngay thẳng và nhìn thẳng ra trước mặt khi đọc sách hay làm việc với máy tính chẳng hạn.

Nên thay đổi tư thế làm việc thoải mái trên cao ngang tầm hơn là đặt dưới đất theo thói quen cũ như nhặt rau, vo gạo, lượm thóc...

Khi đứng, nên tựa mông, lưng vào tường (nếu có thể được) nhất là đối với phụ nữ có bầu hay bụng quá mập. Nhớ luôn giữ thẳng lưng khi làm việc.

Càng lớn tuổi, càng phải chú ý giữ tư thế tốt. Cột sống người có tuổi không còn mềm như khi trẻ, nên tránh hẳn các động tác cầu kỳ mang tính kỹ thuật không phục vụ cho sức khỏe.

Một số bài tập phòng và trị đau lưng

Bài 1:

Nằm ngửa người (eo lưng áp sát mặt đất), hai tay đặt trên ngực, co chống hai chân (bàn chân áp mặt đất). Hít một hơi đầy căng lồng ngực, bụng phình ra, nín hơi (đếm từ một đến mười). Sau đó từ từ thở ra, thót bụng, co hậu môn và co cơ mông, cho đến khi thở hết hơi và ép sát bụng, nín hơi (đếm đến 10) rồi thở nhẹ nhàng. Tiếp tục lặp lại 3-5 lần.

Bài 2:

Nằm ngửa, hai tay duỗi thẳng bằng hai vai, co chống hai chân. Co gấp hai chân, hai đầu gối đưa lên áp vào ngực, dùng hai bàn tay đan chéo ngón đưa lên ôm lấy phần dưới đầu gối, ké o ép đầu gối về phía ngực, rồi thả ra. Lặp lại 8-10 lần. Sau đó thao tác giống như vậy như đối với từng chân cũng từ 8-10 lần.

Bài 3:

Nằm ngửa, hai cánh tay duỗi thẳng và áp sát hai bên thân hoặc co đặt bàn tay lên ngực. Co chống hai chân. Gồng bụng, gập người ngồi dậy, đồng thời nâng hai cánh tay và vươn người về phía trước (vẫn giữ tư thế co chống hai chân). Sau đó từ từ thả người trở lại tư thế ban đầu. Lặp lại 8-10 lần.

Bài 4:

Sấp mình, hai cánh tay để thẳng, dồn sức lên hai bàn tay chống trên sàn và dang rộng bằng vai, một chân duỗi thẳng dọc theo thân, một chân co (giống tư thế vận động viên chuẩn bị chạy). Ép mình xuống thấp và vươn tới phía trước bằng cách rướn đầu gối sát đất và ép sát bụng vào đùi. Sau đó trở về vị trí ban đầu, lặp lại 8-10 lần và đổi chân cũng làm 8-10 lần.

Bài 5:

Đứng vịn hai tay lên lưng của ghế tựa (cách lưng ghế khoảng chừng 40 cm). Từ từ ngồi xuống theo tư thế chồm hổm trên các ngón chân nhón. Sau đó trở lại tư thế ban đầu. Lặp lại 8-10 lần.

Bài 6:

Ngồi thẳng lưng trên một ghế tựa, hai bàn tay áp lên nhau và ép vào bụng, khom người, gồng bụng, gập về phía trước, sao cho cằm đặt giữa hai đầu gối. Từ từ nâng người mà vẫn gồng bụng, khi đã về tư thế ban đầu thì thư giãn bụng. Lặp lại từ 8-10 lần.

Những bài tập trên cần thực hiện trên sàn cứng có trải nệm. Tập từ từ mỗi ngày 1-2 lần vào buổi sáng hoặc tối trước khi đi ngủ Trong vài ngày đầu có thể đau nhẹ, sau 5-7 ngày sẽ bớt. Không nên tập trong lúc đau lưng cấp.

BS Lê Thiện Anh Tuấn, Võ Văn Thành

Đau thắt lưng

Đau thắt lưng là một bệnh thường gặp. Chi phí dành cho việc điều trị và thiệt hại đối với xã hội cũng như cá nhân khá lớn. Di chứng để lại cho bệnh nhân là vấn đề phải quan tâm.

Đau thắt lưng là đau ngang lưng quần. Đau có thể khu trú một nơi ở giữa cột sống, cũng có thể ở các điểm cạnh cột sống thắt lưng hai bên đường giữa. Đau nhiều khi cơn đau lan toả sang hai bên, nhiều người gọi lầm là đau thận. Thường có mấy loại đau như sau:

Đau thắt lưng cấp tính

Đau thắt lưng xảy ra thình lình, dần dần hoặc dữ dội sau khi khiêng, nhấc vật nặng trong tư thế cúi lưng hay các tư thế sai, khiến sau khi khiêng không đứng thẳng lên được, phải đi đứng lom khom. Người dân gọi là cúp xương sống, cụp xương sống hoặc trẹo xương sống.

Đau thắt lưng cấp tính trong các trường hợp phải ngồi lâu trong tư thế sai, làm việc khom lâu dù là việc nhẹ, vận động thể thao ở tư thế cúi lưng và xoay thân thình lình. Đau thắt lưng đặt biệt hay thấp ở những người có tuổi khi tập mạnh cơ lưng bằng cách nằm ngửa rồi ngồi bật dậy, chân duỗi thẳng, bàn tay với, cố

đụng ngón chân cái. Đôi khi ngoài đau thắt lưng cấp tính, bệnh nhân còn bị đau xuống cả hai chân và bí tiểu. Trường hợp này xảy ra khi dây chằng dọc sau bị rách thình lình và đĩa đệm bị lọt vào trong ống sống, gây chèn ép chùm rễ thần kinh đuôi ngựa.

Đau thắt lưng mạn tính

Sau giai đoạn cấp tính, bệnh nhân hoặc khỏi hoặc diễn biến thành đau mạn tính. Bệnh nhân đau dai dẳng, nhất là khi ngồi lâu hay làm nặng hoặc làm việc thường hay cúi lưng. Đau thường kèm mỏi cơ cạnh cột sống thắt lưng hay lan xuống hai mông. Cơn đau gây khó chịu, ảnh hưởng sinh hoạt hằng ngày. Đau thắt lưng mạn tính là tiền đề của đau thắt lưng thần kinh toạ

Đau thần kinh toạ

Diễn biến nặng hoặc ngay tức thời của đau thắt lưng cấp tính hoặc sau một thời gian đau thắt lưng mạn tính là đau thần kinh toạ. Hơn 90% trường hợp đau thần kinh toạ xảy ra do thoát vị đĩa đệm đốt thắt lưng 4-5. Bệnh nhân đi lại khó, thắt lưng bị vẹo sang bên. Khi họ nhảy mũi, cơn đau lan theo rễ bị chèn ép. Đau nhiều, có khi phải bò lết không chịu nổi. Cúi lưng khó khăn, lom khom. Đôi khi không thể nằm ngửa được do thắt lưng bị vẹo, còng. Cúi lưng rất khó và vướng, không thể cúi bình thường.

Tóm lại, đau thắt lưng cấp tính, đau thắt lưng mạn tính, đau thần kinh toạ là một vòng luẩn quẩn bệnh lý cần phải thoát ra bằng cách điều trị và phòng ngừa đúng đắn.

Đau thắt lưng tùy thuộc vào nhiều yếu tố sau: Trọng lượng của cơ thể, trọng lượng vật nặng kèm theo khi làm việc. Sự chịu đựng của các nhóm cơ giữ thăng bằng trong các tư thế khác nhau của cơ thể (các cơ bụng và các cơ cạnh cột sống, cơ tứ đầu và nhóm cơ mộng). Sự căng thẳng của hai nhóm cơ này rất quan trọng.

Bất cứ yếu tố nào ảnh hưởng làm mất sự cân bằng này sẽ gây ra đau vùng thắt lưng: sự quá tải của các nhóm cơ đối với công việc nặng nhọc quá sức; bệnh nhân mập mà các cơ yếu do thiếu

tập luyện; các nhóm cơ giữ thăng bằng yếu do thiếp tập luyện dù chỉ làm việc nhẹ khi đã có tuổi mà tập các động tác không phù hợp.

Cần lưu ý tư thế sinh hoạt, tư thế làm việc rất quan trọng ảnh hưởng chủ yếu vào vùng thắt lưng là vùng chịu lực nhiều nhất của cơ thể

Các tư thế tốt cho thắt lưng theo thứ tự như sau:

- Nằm ngửa hoặc nghiêng một bên;
- Ngồi ngửa độn một chiếc gối ngang thắt lưng;
- Đứng hoặc đi lại thẳng lưng;
- Ngồi thẳng lưng;

Các tư thế xấu cho thắt lưng là

- Ngồi lom khom lâu;
- Đứng lưng cúi khom;
- Đứng cúi thắt lưng khoảng 900 lượm vật nhẹ, tệ hơn nữa là làm nặng;
- Đứng lom khom và xoay thân kéo vật nặng;
- Với tay lên cao làm ẹo thắt lưng v.v...

BS Võ Văn Thành (TT Chấn thương chỉnh hình TP HCM)

Vẹo cột sống

Vẹo cột sống là một tật, một triệu chứng lâm sàng, không phải là một bệnh. Sự phân biệt bước đầu này rất quan trọng giúp chúng ta hiểu đúng đắn loại biến dạng này của cột sống.

Vẹo cột sống nơi thanh thiếu niên có thể từ nhẹ đến nặng. Các trường hợp nặng có thể đưa đến biến dạng lồng ngực, ảnh hưởng chức năng phổi, chức năng tim mạch và ảnh hưởng đến tính mạng. Vẹo cột sống là loại biến dạng khó chữa nhất trong các bệnh cột sống.

Nhìn thẳng cột sống từ sau ra trước, ta có thể quan sát các biến dạng cột sống, gọi là vẹo cột sống. Tất cả các loại vẹo cột sống đều kèm theo sự mất đối xứng của hai thân người khi chú ý đến nếp cổ vai, đỉnh xương bả vai... Có hai loại vẹo cột sống là vẹo cột sống chức năng và vẹo cột sống cấu trúc.

Vẹo cột sống chức năng là những ca vẹo cột sống xảy ra thoáng qua, tự sửa chữa, khi nguyên nhân gây ra được điều trị thì vẹo cột sống biến mất... Các nguyên nhân thường thấy của vẹo cột sống chức năng là Hai chân dài ngắn không đều; tư thế ngồi xấu của các cháu học sinh; co rút cơ vì đau do tổn thương thân đốt, đĩa đệm hay cơ học. Vẹo cột sống chức năng không phải là tật nguy hiểm. Khi giải quyết nguyên nhân thì vẹo cột sống sẽ khỏi.

Vẹo cột sống cấu trúc là vẹo cột sống có kèm theo biến dạng các đốt sống. Các biến dạng thân đốt sống gồm: nghiêng bên, hình nêm, xoay. Biến dạng này do khiếm khuyết trong sự cấu tạo cột sống trước khi sinh gây ra hoặc do bệnh lý trong thời kỳ tăng trưởng của cháu bé

Biến dạng xoay là biến dạng khiến thân đốt sống hướng về bên lồi; từ đó sinh ra sự mất đối xứng lồng ngực của trẻ Sự mất đối xứng thấy rõ với lõm sườn bên lõm và nhô sườn bên lồi là dấu hiệu của vẹo cột sống cấu trúc. Cho bệnh nhân đứng thẳng gối, cúi lưng, hai tay buông xuôi đều nhau, ta càng dễ thấy hơn. Đó là triệu chứng đơn giản, dễ tìm nhưng có tính quyết định. Các bà mẹ nên lưu lý nhận biết và thỉnh thoảng xem xét lưng của các cháu.

Nhiều bệnh lý khác nhau có thể làm xuất hiện vẹo cột sống. Vài bệnh lý thường thấy là dị tật bẩm sinh cộ t sống lúc mới sinh: bệnh lý não, tủy; nhiễm trùng gây liệt; bệnh lý cơ... Ngoài ra còn có các bệnh lý phối hợp vẹo cột sống và các triệu chứng khác của bệnh đặc thù của bộ xương hay hệ thần kinh cơ. Những trường hợp vẹo cột sống này đặt ra vấn đề điều trị chuyên biệt theo nguyên nhân bệnh lý

Trong nhiều trường hợp, ta không biết rõ nguyên nhân vẹo cột sống. Vẹo không rõ nguyên nhân chiếm 80% các ca vẹo cột

sống. Đây là một bệnh bí ẩn, thường có tiềm căn gia đình, yếu tố di truyền.

Vẹo cột sống không rõ nguyên nhân xuất hiện trong thời kỳ tăng trưởng của cột sống. Vẹo cột sống xuất hiện càng sớm càng có nguy cơ tiến triển. Tuy nhiên, các đường cong vẹo cột sống có thể gia tăng ở tuổi trung niên do lún xẹp hay thoái hoá, đặc biệt sau mãn kinh hay sau khi sinh. Sự tăng trưởng cột sống có thể được theo dõi đều đặn bằng cách đo chiều cao trong tư thế ngồi.

Sự trầm trọng của vẹo cột sống không rõ nguyên nhân tùy thuộc vào phần lớn và o tuổi xuất hiện của sự vẹo lệch.

Có ba thể lâm sàng thường thấy:

- Thể ấu nhi: xuất hiện trước ba tuổi.

- Thể thiếu nhi: xuất hiện ở trẻ từ ba tuổi đến dậy thì.

- Thể thiếu niên: thể này ít nguy hiểm sau tuổi dậy thì vì giai đoạn tăng trưởng còn lại ngắn.

Vẹo cột sống lưng thường cho di chứng và biến chứng lồng ngực, tim phổi trầm trọng nhất. Nếu thiếu điều trị thích ứng, sự phát triển liên tục đến khi trưởng thành cuối thời kỳ phát triển xương sống sẽ tạo ra những hậu quả nặng nề trên các mặt hình thái, chức năng và tâm lý người bệnh.

Phòng ngừa vẹo cột sống cho trẻ em

Điều trị bệnh vẹo cột sống rất phức tạp và khó khăn, nhất là bằng phẫu thuật, vì thế mục tiêu của xã hội không phải chỉ là theo dõi điều trị các ca đã gặp mà còn phát hiện càng sớm càng tốt các cháu mới bắt đầu vẹo cột sống để phòng ngừa tật vẹo cột sống.

Trong hơn hai mươi năm qua, hơn 2% các cháu ở tuổi học sinh bị vẹo cột sống và hơn 10% trong số này có vẹo cột sống tiến triển. Phần lớn là loại vẹo cộ t sống không rõ nguyên nhân.

Sự phòng ngừa luôn luôn cần thiết và quan trọng hơn là điều trị đặc biệt đúng cho vẹo cột sống. Các bậc phụ huynh, thầy cô giáo, nhân viên y tế cần lưu ý tìm kiếm định kỳ sự biến dạng gù

nhô của lồng ngực và cột sống vẹo bằng động tác đơn giản là bảo trẻ cúi lưng và xem từ phía sau. Sự quan tâm này giúp khám phá càng sớm càng tốt các ca vẹo cột sống có nguy cơ tiến triển ngay từ khi góc vẹo mở hơn 100. Tất cả các ca này cần được lập chương trình theo dõi định kỳ suốt trong thời kỳ tăng trưởng của các cháu đặc biệt các cháu có yếu tố nguy cơ (tuổi, vị trí, biến dạng cấu trúc). Khi phát hiện sự yếu tố rõ ràng của sự gia tăng độ vẹo trên X - quang, ta phải lậ p tức điều trị phòng ngừa ngay không chờ đợi. Nên nhớ rằng các ca có độ vẹo nặng trên 900 bắt đầu bằng góc vẹo nhỏ 10-200 khi bị bỏ qua. Vài biện pháp chọn lọc có giá trị trong thời gian đầu tiến triển bệnh như kéo giãn ban đêm, kéo giãn động cột sống, mang áo nẹp Milwaukee, kích thích điện v.v... có thể phòng ngừa tiến triển vẹo cột sống rất nếu áp dụng sớm. Phải thiết lập ngay biểu đồ theo dõi tăng trưởng của các cháu định kỳ và theo dõi sát sự tiến triển vẹo để can thiệp kịp thời.

Nên lưu ý một số điểm sau đây:

- Luôn luôn theo dõi định kỳ sự tăng trưởng cột sống của cháu, các bà mẹ dễ dàng nhận ra sự mất cân đối của lồng ngực các cháu khi bảo các cháu cúi lưng và nhìn từ phía sau lưng ra trước.

- Khi nghi ngờ nên chụp X quang để phát hiện sớm vẹo cột sống. Đây là phương pháp duy nhất hữu hiệu để chẩn đoán chính xác, do đó các bà mẹ đừng ngần ngại thực hiện.

- Tất cả các ca vẹo cột sống cấu trúc có góc vẹo trên 100 đều cần được theo dõi.

- Mỗi ba tháng phải chụp kiểm tra một lần, nhất là trẻ trong độ tuổi tăng trưởng từ 9 đến 14 tuổi.

- Nếu phát hiện sự gia tăng vẹo cột sống thì phải bắt đầu áp dụng điều trị ngay.

Thông thường có hai cách điều trị:

- Điều trị chỉnh trục bằng áo bột được thay đổi lặp đi lặp lại theo sự tăng trưởng thường gây phiền toái về mặt tâm lý lẫn thể chất, khiến sự hợp tác điều trị ở tuổi thiếu niên kém.

- Điều trị phẫu thuật thường kèm theo sự bất tiện là sẽ giới hạn một số chức năng vận động của cột sống.

Không có thần dược nào dựng cột sống thẳng lên. Việc điều trị phải nghiêm túc, chặt chẽ, liên tục và đầy kiên nhẫn. Càng sớm phát hiện điều trị càng có hiệu quả

PTS Võ Văn Thành, Sức Khoẻ & Đời Sống

Gai cột sống

Gai căng: Thường thấy ở cột sống vùng thắt lưng do sự căng dần đĩa đệm bởi các lực căng (làm việc nặng, ngồi nhiều trong tư thế sai...).

Gai nén: Thường thấy ở cột sống vùng thắt lưng do sự nén ép lên cột sống thường xuyên vì làm việc nặng quá mức lâu ngày. Cơ thể thích ứng bằng cách làm rộng bề mặt chịu lực của xương quanh đĩa sống. Bề mặt càng lớn, lực tác động lên đĩa sống càng giảm đi.

Gai nối: Để bất động tự nhiên đĩa sống bị biến đổi do lực tác động hay thoái hoá đĩa đệm, cơ thể thích ứng bằng cách tạo ra cầu xương cố định đĩa sống. Cầu xương làm hai thân đốt kề nhau dính lại có khi vững chắc, có khi không vững chắc.

Gai thành sau thân đốt sống: Gặp ở vùng cột sống cổ nhiều hơn ở vùng thắt lưng, ít được lưu ý vì khó nhận ra trên X-quang thường quy.

Cốt hóa dây chằng dọc trước cột sống trong bệnh viêm dính xương sống, thấy ở một số bệnh nhân trong độ tuổi thanh niên.

Các trường hợp thường thấy gai xuất hiện là

- Do làm nặng quá sức.

- Do làm việc trong tư thế sai lâu ngày, do tiến trình thoái hoá cột sống và đĩa đệm xảy ra nơi người có tuổi.

- Do hậu quả chấn thương cột sống cũ, do lao cộ t sống cũ đã lành từ lâu.

- Do biến dạng cột sống như cong, vẹo cột sống đã phát triển từ lâu.

Phần lớn các trường hợp bệnh nhân có gai cột sống nhưng không có triệu chứng gì. Khi chụp X-quang vì một bệnh khác, họ mới phát hiện ra. Như vậy, gai cột sống không phải lúc nào cũng gây đau.

Gai cột sống có thể gặp ở ba nơi: cổ, lưng và thắt lưng. Gai cột sống thắt lưng thường thấy nhất, kế đó là gai cột sống cổ và cuối cùng là gai cột sống lưng. Gai cột sống thắt lưng thường gặp ở vùng đốt sống thắt lưng thấp (TL 3, TL4, TL5). Vùng này chịu lực nhiều nhất. Gai mọc ra phía trước không ảnh hưởng trực tiếp lên rễ thần kinh. Gai mọc ra sau có thể làm hẹp lỗ liên hợp và gây chèn ép rễ thần kinh khi ống sống bị hẹp quá mức. Gai cột sống thắt lưng thường gặp ở hai độ tuổi:

- Tuổi trung niên nếu bệnh nhân đã bắt đầu làm việc nặng từ trẻ;

- Tuổi già do tiến trình thoái hoá đĩa đệm.

Ý thức giữ gìn tư thế đúng trong khi học tập, sinh hoạt, làm việc hằng ngày của mỗi cá nhân rất quan trọng. Không nên làm việc quá sức mình hay làm việc trong tư thế không tốt trong thời gian dài. Nên thay đổi điều kiện làm việc hợp lý hoặc sử dụng các phương tiện máy móc làm thay các việc quá nặng nề để bảo vệ tốt chức năng cột sống cổ, lưng, thắt lưng. Các biện pháp vệ sinh lao động phù hợp với từng nghề nghiệp chuyên môn và hoàn cảnh làm việc khác nhau cần được chú ý thực hiện.

Không nên quá lo sợ mà phải hiểu rõ gai cột sống để phòng tránh làm gai gia tăng và can thiệp khi hết sức cần thiết.

PTS Võ Văn Thành

Viêm cột sống dính khớp

Đây là bệnh khớp mãn tính thường gặp ở nam giới (90%), trẻ tuổi (60% dưới 20 tuổi và 80% dưới 30 tuổi). Thường biểu hiện ở

các khớp cùng chậu, các khớp cột sống và các khớp ngoại biên, hay dẫn đến dính khớp háng và cột sống, gây nên tàn phế từ rất sớm nếu không được chẩn đoán và chữa trị đúng.

Có 70% ca bệnh bắt đầu từ từ và 30% diễn biến đột ngột, cấp tính. Bệnh có thể xảy ra sau chấn thương, nhất là vùng cột sống.

Dấu hiệu ban đầu thường khó xác định: đau vùng cột sống thắt lưng, vùng mông và các khớp lớn ngoại biên (thường nhất là khớp háng và khớp gối). Toàn thân mệt mỏi, gầy sút do teo cơ nhanh, sốt nhẹ, viêm mống mắt; tim rối loạn dẫn truyền, hở động mạch chủ nhẹ

Ở giai đoạn toàn phát, có viêm các khớp ở chi với đặc điểm: viêm ở khớp lớn (khớp háng, khớp gối, khớp cổ chân...), viêm đối xứng, teo cơ nhanh. Viêm cột sống (cổ, lưng, thắt lưng) thường xuất hiện muộn hơn. Vận động bị hạn chế do giảm độ giãn cột sống và lồng ngực; teo khối cơ cạnh cột sống làm cột sống nhô ra sau; viêm khớp vùng chậu hai bên.

Bệnh tăng dần sẽ dẫn đến dính và biến dạng toàn bộ cột sống và hai khớp háng. Đến lúc dính hoàn toàn, bệ nh nhân sẽ hết đau. Nếu không được chẩn đoán sớm và điều trị đúng, các khớp sẽ dính ở những tư thế xấu, gù vẹo nặng, chân co quắp (dính khớp háng) không đi lại được. Biến chứng của bệnh làm suy hô hấp, tâm phế mãn, lao phổi, liệt hai chi dưới (do chèn ép tủy và rễ thần kinh).

Điều trị: Có thể dùng thuốc kháng viêm không có steroid (như Phenylbutazone, Indomethacin, Diclofenac, Naproxen), thuốc giãn cơ (Myonal, Coltramyl, Surdalud, Valium) Dùng Sulphasalazin 2 g hàng ngày trong 2-5 năm, có tác dụng tốt đối với các khớp ngoại biên (háng, gối).

Song song, bệnh nhân phải tập vận động sớm và kiên trì nhằm chống dính khớp, chống tư thế xấu.

Khi bệnh tiến triển, phải để khớp ở tư thế cơ năng, nằm ngửa trên ván cứng, chân duỗi thẳng, không gối, không kê độn khớp gối, vật lý trị liệu, bơi lội, phục hồi chức năng, xạ trị...

PTS Bs Lê Anh The

Thoát vị đĩa đệm cột sống

Một nghiên cứu về mổ các tử thi trên 20 tuổi cho biết, có 1/3 ca bị thoát vị đĩa đệm. Tỷ lệ khá cao này nhắc nhở chúng ta cần phải sớm quan tâm đến cột sống ngay từ khi còn trẻ

Đĩa đệm là gì? Là vật chèn giữa 2 đốt xương sống, giống như cái "gối sụn" hơi phồng lên ở trên và dưới, khớp với mặt lõm của đốt xương sống. Trong gối sụn chứa dịch nhầy đặc, ở giữa là phần nhân có thể di động. Nhờ thế, đĩa đệm có tính đàn hồi và có tác dụng như một vật chêm giúp giảm xóc khi có lực dồn ép đè lên cột sống. Ngoài ra, đĩa đệm còn có thể di chuyển ra bốn phía, nhờ đó mà cột sống có thể cong, ưỡn và nghiêng qua lại.

Thế nào là thoát vị đĩa đệm?

Khi mang vác vật nặng, cột sống phải chịu sự đè nén và tất nhiên đĩa đệm cũng phải nhận gánh nặng này. Những đĩa đệm ở vị trí thấp sẽ phải chịu nặng nhiều hơn, vì thế ta hay đau cột sống ở vùng thắt lưng.

Nếu vật quá nặng, sức ép dồn quá mức, đĩa đệm sẽ phình ra và chèn ép lên dây thần kinh và gây cảm giác đau. Nếu đĩa đệm chỉ phình ra thì người bệnh chỉ đau vài ngà y. Nếu vật nặng quá làm nhân đĩa đệm bị đẩy ra, làm vỡ bao gối sụn và lồi ra ngoài, các dây thần kinh bị chèn ép và gây đau dữ dội, có thể gây đau dây thần kinh toạ hoặc liệt chân.

Vì sao thoát vị đĩa đệm?

Có nhiều nguyên nhân gây ra thoát vị đĩa đệm nhưng phần lớn là do tư thế lao động không đúng như: cúi lưng, khom người cố gắng mang vác một vật nặng quá sức, đột ngột thay đổi tư thế trong khi di chuyển vật nặng hoặc bất ngờ làm động tác mạnh để vặn lưng, ưỡn người...

Ngoài ra, thoát vị đĩa đệm còn có thể gặp ở những người ít vận động, cơ bắp cùng cột sống trơ cứng, không mềm mại nên khi lao động với tư thế không đúng dễ bị cụp xương sống và gây chứng đau lưng cấp tính, đau rất dữ dội.

Người bị chấn thương cột sống cũng có thể bị thoát vị đĩa đệm. Người làm việc trong tư thế cúi lâu liên tục trong nhiều giờ nhiều ngày như lái xe, thợ may, thư ký, thợ cấy... tuy cột sống chỉ chịu một áp lực nhẹ nhưng liên tục nên có thể ảnh hưởng đến đĩa đệm.

Điều trị như thế nào?

- Trường hợp nhẹ: Chỉ cần nghỉ ngơi, thư giãn và dùng thuốc giảm đau chống viêm như aspirin, diclofenac hoặc dùng corticoid; tùy theo mức độ bệnh có thể kết hợp thuốc giảm co cứng cơ như decontractyl, carisoprodol... theo đúng chỉ định của bác sĩ điều trị.

Trong thời gian điều trị bệnh nhân phải nằm nghỉ ngơi hoàn toàn trong tư thế thoải mái 3-5 ngày. Khi trở lại làm việc phải dè dặt, nhẹ nhàng, không mang vác nặng, tránh những cử động đột ngột hay những cuộc đi xe, ngồi tàu lâu ảnh hưởng đến cột sống... Tuyệt đối tránh xoa bóp, kéo nắn trong thời gian điều trị vì có thể làm đau thêm hoặc đau thần kinh toạ.

- Trường hợp nặng (nghĩa là sau khi thực hiện điều trị như trên từ 3 tháng trở lên mà không có hiệu quả): Phải mổ cột sống nhưng kết quả cũng rất giới hạn.

Những năm gần đây, y học đã thực hiện giải áp đĩa đệm bằng laser qua da. Mỗi lần thực hiện chỉ mất 15-20 phút, kết quả giảm đau thấy ngay. Người bệnh có thể xuất viện ngay và sau một tuần có thể trở lại làm việc nếu là công việc nhẹ. Phương pháp này chỉ thực hiện ở những bệnh nhân bị rạn nứt hoặc rách đĩa đệm, các bệnh nhân bị viêm xương, gai cột sống hay ung thư đều không áp dụng được.

Phòng bệnh:

- Không làm việc quá sức, bố trí thời gian lao động, nghỉ ngơi hợp lý.

- Tránh các tư thế làm việc bất lợi cho cột sống; không cong lưng, cúi gập hay nghiêng người về một phía khi mang vác vật nặng. Khi cần nâng vật nặng, nên gập khớp háng và khớp gối để ngồi thấp xuống rồi nâng lên theo tư thế cân bằng, thẳng lưng và từ từ đứng dậy.

- Không làm việc ở tư thế cúi, nghiêng hoặc ngồi quá lâu. Thợ may, thư ký, lái xe... cần có chế độ nghỉ ngơi, vận động điều hoà và thay đổi tư thế một cách hợp lý.

- Không thực hiện quá mức và đột ngột những động tác cong, ưỡn, nghiêng mình.

- Tập thể dục thể thao đều đặn để tăng cường thể lực, tăng sức chịu đựng của cơ thể và cột sống.

- Cần dinh dưỡng đủ, đúng và bổ sung calci hợp lý.

Điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống bằng laser

Y học hiện chưa thể "vá" vành xơ nên khi đĩa đệm rách hẳn thì phương pháp duy nhất là phẫu thuật nạo bỏ nhân đĩa đệm để giải ép chỗ thần kinh bị đè. Nếu đĩa đệm chỉ bị phình thì có thể áp dụng một trong ba phương pháp điều trị không cần mổ sau:

- Tập vật lý trị liệu đúng cách: Đa số trường hợp có thể làm giảm áp lực lên nhân nhầy khiến đĩa đệm hết phình và bệnh nhân hết đau. Lưu ý là sau đó phải giữ gìn theo đúng phương pháp đã hướng dẫn vì bệnh rất dễ tái phát.

- Tiêm vào đĩa đệm một chất chiết xuất từ cây đu đủ (Chymopapain) làm tiêu nhỏ chân nhầy. Nguy hiểm lớn nhất là gặp phản ứng quá mẫn (sốc do phản ứng quá mạnh của cơ thể) gây chết người như trường hợp tiêm pénicilline.

- Cách thứ 3 là sử dụng laser - là một kỹ thuật làm tăng năng lượng, tăng sức mạnh của ánh sáng bằng cách kích thích ánh sáng. Năng lượng tập trung như vậy sẽ làm nhiệt độ lên cao và làm bốc hơi các mô được chiếu vào. Đặc biệt laser chỉ tập trung phá những mô có màu sậm, không phá những mô trong veo như thủy tinh thể

Trường hợp vành xơ chưa bị rách thì có thể áp dụng 1 trong 3 phương pháp kể trên, nhưng khi nhân nhầy lọt hẳn ra ngoài thì chỉ nên điều trị bằng phẫu thuật. Nếu đốt bằng laser hoặc tiêm Chymopapain thì có thể nguy hiểm vì vành xơ không còn nguyên, sức nóng hoặc thuốc có thể theo chỗ rách lan ra ngoài làm hại mô thần kinh. Phương pháp đốt bằng laser hấp dẫn cả với bác sĩ và bệnh nhân vì không phải phẫu thuật, không cần gây mê, lại thực hiện nhanh chóng, có kết quả tức khắc, người bệnh thường hết đau ngay và ra về trong ngày.

Một lần phóng tia laser tốn khoảng 1800-2.000 USD. Để tránh hao tốn vô ích và không gây biến chứng cho bệnh nhân sau khi điều trị, ngoài việc chọn chỉ định điều trị đúng, thao tác của bác sĩ còn phải thuần thục, máy móc dụng cụ phải tốt, phòng mổ và dụng cụ phải bảo đảm vô trùng...

CHƯƠNG 6
CÁC BỆNH CỦA HỆ TUẦN HOÀN

Đau tim

Bạn có cảm giác khó thở khi làm việc gắng sức hay không? Hoặc khi đi lên tầng lầu, thấy ngợp thở dù chỉ thoáng qua rồi hết? Sáng sớm ngủ dậy, bạn có nhìn thấy mí mắt hơi sưng lên, thỉnh thoảng thấy nặng ở chân, ấn mạnh ngón tay lên vùng mắt cá chân thấy để lại dấu vân tay lâu mà không thấy tan đi? Thỉnh thoảng bạn có nghe được tiếng đập "thình thịnh" của tim hay thấy nhói đau ở trước ngực...?

Khi có một vài biểu hiện trên, bạn cần nghĩ đến bệnh liên quan đến tim mạch. Điều quan trọng là nếu nghi ngờ, bạn nên tìm đến bác sĩ ngay, không nên coi thường bỏ qua dù chỉ là những triệu chứng nhẹ nhàng. Tuy nhiên, cũng không nên hốt hoảng quá mức và nghĩ ngay mình bị đau tim.

Điều cần quan tâm:

- Phát hiện sớm các bệnh tim bẩm sinh và chữa trị.
- Phòng và điều trị các bệnh cao huyết áp, đái tháo đường.
- Chống xơ vữa động mạch bằng cách tránh ăn nhiều chất béo.
- Dự phòng bệnh thấp khớp (hay bệnh thấp tim) ở trẻ em.
- Điều trị triệt để các bệnh phổi mạn tính.
- Tránh các bệnh nhiễm trùng.
- Dự phòng và điều trị các bệnh về tim mạch.

- Chữa trị một số bệnh khác có thể gây đau tim như bệnh bướu cổ bệnh thiếu máu.

Lưu ý đến những thói quen trong sinh hoạt hằng ngày. Những người có thói quen sinh hoạt bất thường dễ mắc bệnh tim hơn người khác. Do đó, sự chăm chú về sinh hoạt rất có lợi cho bạn.

Một số điều nên thực hiện để phòng bệnh đau tim

1. Nên tập thể dục thường xuyên và đều đặn. Đi bộ hay xe đạp cũng là một cách tăng cường sức khỏe.

2. Bỏ thói quen hút thuốc lá

3. Ăn uống điều độ, tránh dùng nhiều chất béo và các sản phẩm làm từ chất béo, hạn chế ăn muối (ăn lạt) và tránh uống nhiều rượu (không quá 20 ml trong một ngày).

4. Nên có thói quen đi khám bệnh định kỳ để phát hiện sớm các bệnh liên quan gây đau tim, cũng như kịp thời chữa trị, cần thiết kiểm tra lượng mỡ trong máu.

5. Không được sử dụng thuốc chữa bệnh bừa bãi, vì có nhiều loại thuốc gây độc cho cơ thể, nhất là phụ nữ có thai. Đặc biệt, khi được bác sĩ cho sử dụng thuốc để chữa bệnh, cần phải tuân thủ đúng hướng dẫn.

6. Nên tạo cuộc sống tinh thần thoải mái, tránh những căng thẳng (stress). Cần điều độ trong chế độ sinh hoạt hằng ngày về thời gian làm việc và nghỉ ngơi.

BS Thái Hoà

Tim đập nhanh - khó thở

Khi làm việc nặng, gắng sức, tập thể dục thể thao (chạy, nhảy, bơi lội, đua xe đạp, chơi cầu lông, bóng bàn, bóng rổ, đá bóng...) tim chúng ta thường đập nhanh lên, trên 80 lần/phút, có thể đến 140 lần/phút ở người bình thường, nhịp thở cũng nhanh hơn, trên 20 lần/phút. Đó là hiện tượng sinh lý bình thường, vì khi đó các cơ hoạt động mạnh, chuyển hoá cơ bản tăng, cơ thể cần

được cung cấp một khối lượng lớn dưỡng khí cho việc sản xuất ra nhiệt lượng để bù trừ vào số calori đã tiêu hao. Chỉ cần nằm, ngồi nghỉ vài chục phút sau là tim mạch và phổi trở lại bình thường (đối với người có sức khỏe bình thường).

Khi bị xúc động, tim cũng đập nhanh, ngực đập phồng tưởng chừng như nghẹt thở, đó cũng là phản ứng sinh lý của cơ thể để ổn định lại sự kích thích mạnh hệ thống thần kinh giao cảm. Đôi khi bạn vui chơi trong những ngày lễ Tết, uống một ly rượu thơm hay rượu mạnh cũng thấy nhịp tim và nhịp thở trở nên nhanh. Chất men rượu kích thích các tuyến tiêu hoá hoạt động mạnh, ngấm nhanh vào máu, kích thích trung ương thần kinh, làm tăng chuyển hoá các chất, gây nên những hiện tượng trên. Nếu chỉ thế thì không có gì nguy hiểm; nhưng nếu uống rượu liên tục, trở thành nghiện rượu thì không những có hại cho tim mà còn hại gan, hệ thần kinh...

Nếu tim đập nhanh, khó thở vì những lý do kể trên thì không có gì lo ngại, đó là phản ứng sinh lý bình thường của cơ thể Nhưng ngoài những nguyên nhân đó, nếu tim đập nhanh và khó thở xảy ra thường xuyên một cách vô cớ thì cần phải đi khám bệnh chuyên khoa tim phổi để xác định bệnh và điều trị đúng cách.

Khi ngồi xổm lâu, nếu đột nhiên đứng dậy, bạn bỗng thấy tối tăm mặt mũi, chóng mặt dữ dội, trước mắt tối đen, sau vài phút mới trở lại tình trạng bình thường, nhiều người cho đó là hiện tượng thiếu máu, thể chất suy nhược, nên nóng ruột lo lắng, vội đi xét nghiệm tìm thuốc chữa bệnh.

Hiện tượng này hầu như ai cũng có, không phải bệnh mà là một hiện tượng sinh lý. Lúc ngồi xổm, hai chân và bụng dưới bị nén, máu trong mạch máu khó lưu thông. Khi bạn bỗng nhiên đứng lên, mạch máu bị đè ở hai chân và bụng dưới lập tức phản ứng nở ra, một lượng máu lớn chảy xuống nửa người dưới, não xuất hiện tình trạng thiếu máu. Do não thiếu máu nên có cảm giác chóng mặt, mắt thiếu máu nên tối sầm lại, chẳng thấy gì. Để giải quyết hiện tượng thiếu máu này, não ra mệnh lệnh, dùng biện pháp khẩn cấp làm cho mạch máu bụng co lại, não và mắt lại có

đủ máu. Do đó trong vài giây, bạn không còn chóng mặt, hoa mắt nữa.

Với người rèn luyện cơ thể tốt, hiện tượng này có thể nhẹ đi. Nói chung, khi ngồi xổm lâu quá nên đứng dậy từ từ để não không bị thiếu máu đột ngột.

BS Phạm Văn Đảm

Rối loạn nhịp tim

Để trái tim hoạt động như một máy bơm máu, cần phải có các luồng xung điện xuất phát từ nút xoang, lan theo các đường dẫn truyền gồm nút nhĩ thất, nhánh phải, nhánh trái để đến các cơ tim, khích thích gây co bóp. Nếu tim co bóp với tần số từ 60-100 lần/phút khá đều thì đó là nhịp xoang bình thường. Từ 120 lần/phút trở lên là nhịp nhanh xoang. Khi từ 59 lần/phút trở xuống thì nhịp chậm xoang. Khi nhịp xoang không đều gọi là rối loạn nhịp xoang.

Rối loạn nhịp tim bao gồm tất cả loại nhịp tim nào không phải là nhịp xoang bình thường. Đó là tình trạng:

- Bất thường trong việc tạo ra các xung điện do xự xuất hiện của nhiều ổ tạo nhịp khác (nằm phía trên tâm thất hay nằm tại tâm thất).

- Bất thường trong cách thức dẫn truyền các xung điện: Bị nghẽn (bloc) nhánh phải hay nghẽn nhánh trái, bloc tại nút nhĩ thất, có thêm đường dẫn truyền phụ.. Nguyên nhân: Do sự hình thành các vòng vào lại (giống như là các vòng xoay ở nút giao thông) khiến xung điện luôn quay lại đường cũ để kích thích trở lại các vùng cơ tim trước đó Các rối loạn nhịp tim thường gặp nhất là các nhịp ngoại tâm thu, các bloc nhánh, các cơn nhịp nhanh (rung nhĩ, nhịp nhanh trên thất, nhịp nhanh thất, rung thất...) các cơn nhịp chậm (bloc nhĩ thất hoàn toàn, hội chứng suy nút xoang...)

Rối loạn nhịp tim có thể không phải do bệnh của tim mà là do các nguyên nhân khác gây ra. Người bệnh sẽ cảm thấy hồi hộp

tức ngực, đau ngực hoặc choáng váng, muốn ngất xỉu, tụt huyết áp (khi ngoại tâm thu xuất hiện nhiều hàng loạt).

Bình thường, ta không hề chú ý đến trái tim ta đang đập ra sao. Cảm giác hồi hộp chỉ xuất hiện khi nhịp tim tăng lên hoặc nhịp tim không đều, khi nhát bóp ngoại tâm thu thất mạnh hơn bình thường, sau đó lại có khoảng nghỉ bù khiến ta thấy như tim ngưng đập thoáng qua.

Rối loạn nhịp tim xuất hiện từ lúc còn là bào thai cho đến tuổi già. Lứa tuổi nào cũng có loại loạn nhịp nặng, càng lớn tuổi rối loạn nhịp càng nhiều hơn, ảnh hưởng xấu hơn vì có nhiều bệnh tim hơn.

Rối loạn nhịp tim sẽ gây ra hậu quả gì?

Hầu như tất cả mọi người đều có một dạng rối loạn nhịp tim nào đó trong đời, trong đó đa số trường hợp xuất hiện trên trái tim bình thường. Đôi khi rối loạn nhịp tim có lợi cho cơ thể

- Khi nút xoang suy yếu đến mức không làm việc được, nút nhĩ thất sẽ phát xung điện để thay thế nút xoang "lãnh đạo" trái tim.

- Khi lo sợ, sốt cao, làm việc nặng, nhịp nhanh xoang hơn 100 lần/phút, giúp tim cung cấp đủ nhu cầu cho cơ thể, nếu nhịp tim không tăng mới là bệnh lý.

Nhịp xoang không đều có thể gặp ở trẻ em bình thường do ảnh hưởng nhịp thở. Nhưng nếu nhịp xoang đều như nhịp đồng hồ có thể nghi ngờ là bệnh thông liên nhĩ.

Tác hại của rối loạn nhịp tùy thuộc chủ yếu vào bệnh tim có sẵn nặng hay nhẹ, còn việc tần số tim nhanh hay chậm và tồn tại đã bao lâu chỉ có ảnh hưởng nhỏ.

Khi nhịp tim chậm còn chừng 35 lần/phút, có thể gây ra cơn ngất xỉu gọi là cơn Adam Stocks.

Cơn nhịp nhanh nguy hiểm bậc nhất là rung thất báo hiệu tim sẽ ngưng đập, hoặc vô tâm thu (tim không co bóp).

Xử lý khi bị rối loạn nhịp tim

Người bệnh phải cung cấp đủ các thông tin cho thầy thuốc: có dùng chất kích thích như rượu, cà phê, thuốc lá không; có dùng loại thuốc trị sổ mũi, thuốc nhuận trường hoặc lợi tiểu, rượu thuốc không; tình trạng loạn nhịp tim gây khó chịu đến mức độ nào, có gây đau ngực, chóng mặt, muốn ngất xỉu hay không; trong gia đình có ai bị bệnh tương tự?

Từ đó, bác sĩ sẽ xác định đây là loại rối loạn nhịp nào, có phải hậu quả của bệnh tim, trong tương lai có gây biến chứng nguy hiểm nào không.

Nguyên tắc cơ bản là Chỉ điều trị rối loạn nhịp tim cho những bệnh nhân riêng lẻ chứ không có bài thuốc cho riêng mỗi loại rối loạn nhịp.

Nên lưu ý: Trước đây, vài người tự ý sử dụng một loại thuốc chống loạn nhịp tim rất thông dụng là Amiodarone (Cordrone) mà không có ý kiến chuyên môn, hậu quả là bị biến chứng cường hoặc nhược năng tuyến bệnh giáp trạng, xơ hoá phổi.

Các thuốc điều trị loạn nhịp tim cực kỳ nguy hiểm ở chỗ khi trị rối loạn nhịp tim, nó cũng có khả năng gây ra những loạn nhịp tim khác còn nguy hiểm hơn nếu không dùng đúng và theo dõi sát.

BS Nguyễn Công Tâm

Rối loạn thần kinh tim

Rối loạn thần kinh tim là cách gọi chung để giải thích những hiện tượng khác nhau thường xảy ra ở vùng tim mà thầy thuốc cũng như bệnh nhân chưa xác định rõ nguyên nhân xuất phát. Những hiện tượng đó thường là tim đập nhanh, dễ hồi hộp; hoặc tim đập chậm; dễ choáng váng, chóng mặt, ngất, loạn nhịp tim loại ngoại tâm thu. Đôi khi bệnh nhân có cảm giác đau nhói, đau tức, nặng nề ở vùng tim, khi ngủ có hiện tượng bóng đè.. khám tim không phát hiện thấy các tổn thương thực thể ở các hệ thống van tim, trên bảng ghi điện tim không thấy có biến đổi gì rõ ràng.

Những hiện tượng khác thường xảy ra ở vùng tim, không có các tổn thương thực thể ở trong tim, nhưng có ảnh hưởng đến cuộc sống bình thường của toàn cơ thể, trong đại đa số các trường hợp đều do tình trạng không ổn định của hệ thống thần kinh trung ương và một phần của hệ thống thần kinh tự động trong tim gây ra.

Phòng trị

- Bệnh nhân phải được nghỉ ngơi hoàn toàn trong thời gian nhất định từ 1 đến 3 tháng ở nơi yên tĩnh, tốt nhất là không có tiếng động ồn ào, ở nơi đồng quê mát mẻ có không khí trong lành càng hay.

- Phải kiên quyết tránh các hiện tượng kích thích quá mạnh đối với hệ thống thần kinh, gây xúc động quá mức hoặc gây căng thẳng về thần kinh, nhất là đối với những người dễ xúc động, như tránh đọc truyện, xem phim gây cấn, tránh họp hành căng thẳng, thức khuya...

- Không uống rượu, hút thuốc lá, thuốc lào hoặc ăn uống thoái quá, không uống trà đậm hay cà phê buổi tối làm mất ngủ. Ăn nhiều rau quả tươi có nhiều sinh tố, ăn điều độ, đủ chất (đạm, béo, bột).

- Tập thể dục thể thao đều đặn. Các môn thể thao như bơi lội, bóng bàn, tập uốn dẻo, thái cực quyền... Nếu làm công việc bắt buộc phải ngồi hay đứng, phải tập trung tư tưởng, tập trung động tác liên tục... thì phải có thời gian nghỉ ngơi giữa giờ.

- Thỉnh thoảng tham gia các loại hình giải trí nhẹ nhàng như xem phim vui, nghe nhạc nhẹ..

- Chỉ dùng thuốc một cách hạn chế khi xúc động mạnh, tim đập dồn dập, khó ngủ hoặc mất ngủ, có thể dùng thuốc an thần loại Valium 5 mg/1 viên, nằm nghỉ ngơi. Uống sinh tố nhóm B, C hoặc uống thuốc trợ tim theo chỉ định của bác sĩ.

BS Phạm Văn Đảm

Ngất và khả năng điều trị chứng ngất tim

Ngất là một chứng thường gặp, đặc biệt ở tuổi thanh thiếu niên, xảy ra đột ngột, làm cho người bệnh bất tỉnh, da tái nhợt và hoàn toàn mất tri giác một lúc, sau đó lại tỉnh dậy. Lúc này, tim có thể ngừng đập hoặc đập rất chậm và rất khẽ. Người bệnh không thở hoặc như ngạt thở. Ngất xảy ra do không có đủ máu đến nuôi dưỡng não, có thể do nhiều nguyên nhân khác nhau, không nhất thiết chỉ là do bệnh tim mạch.

Ngất trong bệnh tim mạch hay còn gọi là ngất tim, có thể gặp trong tất cả các bệnh lý của tim mạch. Ở những người bị bệnh tim, khi có thêm một yếu tố bên ngoài tác động vào như hốt hoảng, lo sợ, căng thẳng quá mức, làm việc gắng sức hay dùng thuốc không đúng, người bệnh ở trong tình trạng tim ngừng đập trong một thời gian rất ngắn, mà y học gọi là chết lâm sàng (tạm hiểu là chết một lúc nhưng còn có khả năng sống lại được). Ngất tim thường gặp trong các bệnh lý về tim và mạch máu làm lượng máu đến não nuôi dưỡng không đầy đủ, chẳng hạn:

- Bệnh của cơ tim và bệnh của động mạch vành; bệnh hẹp van động mạch chủ, bệnh hạ huyết áp. Ngoài ra ngất còn xảy ra đối với trường hợp tim đập quá chậm (dưới 25 lần trong một phút) hoặc tim đập quá nhanh (trên 180 lần trong một phút).

Ngất trong các bệnh không do tim có thể gặp là:

- Bệnh ở phổi kèm theo khó thở làm giảm hấp thụ oxy vào máu hoặc trong trường hợp điện giật, chết đuối, ngộ độc gây ngừng thở.

- Bệnh hạ đường trong máu.

- Bệnh thiếu máu nặng.

- Rối loạn về thần kinh: Thường thấy ở người dễ cảm xúc. Có thể gặp ở người bị chấn thương sọ não...

Như vậy, ngất có thể gặp trong bệnh tim mạch cũng như ở một số bệnh khác. Và tình trạng ngất xảy ra vì máu không đủ ở

trong não chứ không hẳn là do suy tim gây ra mà nhiều người đã lầm tưởng trong bệnh suy tim.

Điều cần lưu ý, ngất có thể ở một số người bị động kinh (người dân hay gọi là lên kinh phong). Trường hợp có những xúc động tình cảm quá mạnh như tức giận (mà người ta hay nói là "tức đến chết lịm đi") hoặc do quá sợ hãi, quá đau đớn hay quá buồn... cũng có thể gây ra ngất.

Ngất do tụt huyết áp có thể là sự cảnh báo khi nó kết hợp với cơn động kinh. Hình thức điều trị ban đầu thông thường là dùng thuốc. Những thuốc khác nhau có thể gây những tác dụng ngoài ý muốn và tốn kém. Một liệu pháp thay thế là gia tăng lượng nước uống bằng cách cho uống nước duy trì ở những bệnh nhân bị ngất do tụt huyết áp. Người ta đưa ra nghiên cứu về "liệu pháp uống nước": Một liệu trình dùng nước uống, cho bệnh nhân có bệnh sử bị ngất do tụt huyết áp, bao gồm:

- Bắt đầu từ buổi sáng, cho bệnh nhân uống nước mỗi ngày một lượng tối thiểu là 920 ml, tương đương nhu cầu hằng ngày của người nặng 40 kg.

- Nước uống không có cà phê để tránh tiểu nhiều.

- Cho phép ăn mặn nhẹ nhưng không nhiều.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, liệu pháp uống nước là một trị liệu có hiệu quả, cải thiện được tình trạng ngất do hạ huyết áp, các tác giả đã đề nghị áp dụng liệu pháp uống nước như là một sự can thiệp ban đầu về phòng tránh ngất do hạ huyết áp.

BS Lê Thiện Anh Tuấn

Thiếu máu

Có nhiều nguyên nhân gây thiếu máu:

- Ăn uống không đúng cách (thiếu chất dinh dưỡng) như thiếu chất sắt, axit folic, chất đạm, các sinh tố B2, B6, B12 và E tham gia vào quá trình tổng hợp hồng huyết cầu.

- Xuất huyết ồ ạt như bị chấn thương mạch máu, xuất huyết dạ dày, tá tràng, xuất huyết do ho ra máu, có thai ngoài tử cung...

- Chảy máu rỉ rả nhưng liên tục (không cầm) vì giun móc, giun tóc hút máu niêm mạch ruột non. Một con giun, móc có khả năng hút 0,15 - 0,26 ml máu mỗi ngày, nếu cơ thể chứa 100 con giun móc thì mỗi ngày mất 15 - 26 ml máu, mỗi tháng mất 450 - 780 ml. Ký sinh trùng sốt rét (plasmodia) là tác nhân gây thiếu máu trầm trọng do làm vỡ các hồng huyết cầu.

Những đối tượng thiếu máu là trẻ sinh thiếu tháng, trẻ bị tiêu chảy kinh niên, phụ nữ mang thai, bà mẹ cho con bú..

Người bị thiếu máu thường xanh xao, niêm mạc mắt và môi nhạt màu, lòng bàn tay không hồng hào, mạch nhanh (đập trên 80 nhịp/phút), hay bần thần, mệt mỏi, lười ăn, khó thở (trường hợp thiếu máu nặng). Người thiếu máu khi nồng độ huyết cầu tố thấp hơn các trị số sau đây:

- Trẻ con 6 tháng - 6 tuổi: 11 g huyết cầu tố/100 ml máu tĩnh mạch.

- Trẻ 6 - 14 tuổi: 12 g huyết cầu tố/100 ml máu tĩnh mạch.

- Người lớn: Nam 13 g, nữ 12 g, phụ nữ có thai 11 g/100 ml máu tĩnh mạch.

Muốn điều trị thiếu máu, phải chẩn đoán đúng nguyên nhân. Phải giải quyết các nguyên nhân chứ không nên sử dụng thuốc "bổ máu". Nếu thiếu máu do xuất huyết dạ dày, bệnh phổi, bệnh phụ khoa, bệnh sốt rét thì phải điều trị tận gốc. Xét nghiệm phân, máu đối tượng nghi ngờ mắc giun móc để có hướng điều trị. Đối với trẻ sinh thiếu tháng, trẻ bị tiêu chảy kinh niên, phụ nữ có thai, bà mẹ cho con bú.. cần bổ sung chất sắt (dưới dạng thuốc), ăn thay đổi những thực phẩm giàu chất sắt như thịt, cá, gan, huyết heo, bò, lòng đỏ trứng, sò huyết, đậu ván, đậu đen, đậu xanh, đậu nành, rau muống, rau dền, nấm mèo...

BS Trương Văn Anh Tuấn

Thiếu máu do thiếu sắt

Kết quả điều tra trong toàn quốc do Viện Dinh dưỡng quốc gia và UNICEF thực hiện trong năm 1995 cho biết, 60% trẻ dưới 2 tuổi và 45,3% trẻ dưới 5 tuổi bị thiếu máu do thiếu sắt; hơn 40% phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ (15-49) và 52,7% thai phụ cũng bị thiếu máu do thiếu sắt. Thế nhưng trong cộng đồng có rất ít người biết mình bị mắc bệnh và số người tích cực đến cơ sở y tế điều trị lại càng hiếm hoi. Nguyên nhân là do biểu hiện của bệnh không gây chú ý nhiều như cái bướu cổ to do thiếu iod hoặc tình trạng mắt khô, mù mắt do thiếu vitamin A. Thiếu máu do thiếu sắt là một trong những bệnh thiếu vi chất dinh dưỡng, thường gọi là "nạn đói tiềm ẩn" vì thiếu nhưng người ta không hay biết.

Thiếu máu do thiếu sắt diễn ra từ từ, thầm lặng, không rõ rệt. Ngoài một số biểu hiện đã kể trong trường hợp cụ thể trên, lòng bàn tay, niêm mạc mắt của bệnh nhân trắng nhợt, da khô, móng tay, móng chân mất độ bóng và có hình dẹt... Người bệnh thiếu máu thường mệt mỏi, hay cáu gắt, khả năng lao động giảm. Trẻ em kém phát triển cả về thể chất và tinh thần, thường nhận thức chậm, nhớ kém, hay ngủ gật. Phụ nữ có thai dễ gặp tai biến khi sinh đẻ như đẻ non, đẻ con nhỏ yếu, dễ bị băng huyết gây nguy hiểm đến tính mạng mẹ và con. Người bị thiếu máu nặng thường có các triệu chứng như: hoa mắt, chóng mặt, khó thở khi lao động gắng sức và dễ mắc các bệnh nhiễm khuẩn.

Có nhiều nguyên nhân gây ra thiếu máu do thiếu sắt, phổ biến là hằng ngày thức ăn không cung cấp đủ chất sắt cho cơ thể. Một nguyên nhân phổ biến thường thấy ở Việt Nam là nhiễm giun sán kéo dài, đặc biệt là nhiễm giun móc. Ngoài ra còn có một vài nguyên nhân khác ít gặp hơn như hấp thu sắt kém, chảy máu đường tiêu hoá rỉ rả lâu ngày do viêm, loét, ung thư... Để định bệnh chính xác, bác sĩ thường cho làm xét nghiệm định lượng huyết sắc tố (Hemoglobin - Hb).

Trong cộng đồng có một số đối tượng dễ bị thiếu máu do thiếu sắt như:

- Phụ nữ mang thai và các em gái tuổi dậy thì (11 - 14) do tăng nhu cầu tăng sử dụng sắt để tạo máu.

- Phụ nữ lứa tuổi sinh đẻ, do hàng tháng mất máu do kinh nguyệt.

- Trẻ ở độ tuổi ăn dặm, từ 5-6 tháng trở lên do không cho ăn dặm đúng cách.

- Người do ăn uống kiêm khem, không đủ chất; người ăn chay trường, không ăn thịt cá..

Phòng ngừa:

- Ăn uống đủ chất, đặc biệt là thực phẩm giàu chất sắc như đạm động vật (thịt, cá, huyết, gan, trứng...). Rau dền, các loại đậu và rau củ khác cũng có nhiều chất sắt nhưng khó hấp thụ hơn đạm động vật. Vitamin C trong các loại rau củ giúp cho việc hấp thụ sắt dễ dàng hơn.

- Cần cho trẻ em ăn đủ 4 nhóm thực phẩm (đạm, đường, dầu, mỡ và rau trái tươi) lưu ý phải ăn cả phần xác của thịt cá.. vì nước hầm xương, nước luộc thịt không chứa đạm và hầu như không có sắt.

- Tẩy giun định kỳ 6 tháng một lần cho trẻ trên 2 tuổi.

- Đối với thai phụ và các em gái trong tuổi dậy thì, ngoài việc tăng cường thức ăn giàu sắt cần chủ động dùng thêm viên sắt hoặc các thuốc có chứa sắt vì hiện nay, bữa ăn hàng ngày của chúng ta hầu như chưa cung cấ p đủ sắt cho 2 đối tượng có nhu cầu cao này.

Tuy nhiên dư sắt trong cơ thể cũng không tốt vì thế nếu cần uống viên sắt dài ngày thì nên hỏi ý kiến bác sĩ.

BS Đào Thị Yến Thủy (Trung tâm Dinh dưỡng trẻ em

Ổ loét da do máu kém lưu thông

Có nhiều nguyên nhân gây ra ổ loét da rộng. Tuy nhiên, loét da kinh niên tại mắt cá chân ở người già, ở phụ nữ bị giãn tĩnh mạch (hay gặp ở người già, phụ nữ mang thai hoặc sinh nhiều)

thường do máu kém lưu thông, máu không chuyển với tốc độ đủ nhanh xuống chân. Những vết loét này có khi rất lớn. Da xung quanh nơi loét có màu xanh đậm và rất mỏng. Chân thường bị phù

Những vết loét này rất lâu khỏi nếu không được chăm sóc kỹ. Điều quan trọng là giữ cho chân ở vị trí cao, càng lâu càng tốt. Khi ngủ nên kê chân lên gối. Ban ngày, khi nằm nghỉ, cứ 15 - 20 phút lại để chân gác cao. Đi lại sẽ giúp cho máu lưu thông tốt, còn đứng yên một chỗ hoặc ngồi bỏ thõng chân rất có hại.

Đắp gạc tẩm nước muối pha loãng lên chỗ loét, một muỗng cà phê muối hoà với 1 lít nước đun sôi. Băng lỏng chỗ đau bằng vải màn đã khử trùng hay băng vải sạch. Giữ chỗ đau thật sạch.

Quấn băng hay đi bít tất có thun vào chân có tĩnh mạch bị giãn, sau khi vết loét khỏi, vẫn tiếp tục quấn băng và giữ cho chân cao. Cần tránh gãi hay làm xây xước chỗ sẹo còn non.

Muốn phòng loét da:

- Phải chăm sóc sớm nơi có tĩnh mạch bị giãn (giãn tĩnh mạch là tĩnh mạch bị căng phồng, ngoằn ngoèo và thường bị đau).

- Không nên đứng hoặc ngồi thõng chân lâu. Nếu ngồi hay đứng lâu, cứ nửa giờ đồng hồ nên nằm để chân cao trong ít phút.

- Khi ngủ cũng nên kê chân lên một cái gối. Dùng bít tất thun hay băng đàn hồi để giữ chặt tĩnh mạch. Đêm nên cở i băng ra.

Bệnh suy giãn tĩnh mạch mạn tính

Suy tĩnh mạch mạn tính ở chân là tình trạng hệ tĩnh mạch không hoàn thành chức năng chuyển máu về tim.

Triệu chứng đầu tiên là phù hai chân, không đau. Triệu chứng phù giảm hay mất vào ban đêm, khi nằm gác chân lên cao. Kèm theo phù, bệnh nhân có cảm giác nặng ở hai chân. Giai đoạn nặng hơn, bệnh nhân thấy đau chân, cứng các khớp. Cuối cùng dẫn đến loét chân.

Khi thăm khám có các dấu hiệu sau:

- Giãn tĩnh mạch ở chân: Những đoạn tĩnh mạch nổi lên ở chân, giãn, ngoằn ngoèo.

- Da chân đổi màu, rối loạn dinh dưỡng.

- Sờ thấy những đoạn tĩnh mạch cứng, gồ ghề dưới da.

Bệnh này phụ nữ bị nhiều hơn nam, đặc biệt là phụ nữ có thai, sinh sản nhiều lần.

Nguyên nhân: Làm việc phải đứng nhiều (nấu bếp, thợ đứng máy, giáo viên); béo phì, táo bón thường xuyên; sử dụng nhiều loại thuốc như thuốc ngừa thai...; di truyền.

Phòng ngừa:

- Khi nằm gác chân lên cao.

- Tránh đứng, ngồi quá lâu một chỗ

- Tránh béo phì.

- Nên ăn nhiều rau, trái cây để tránh táo bón.

- Mang băng thun, vớ thun để băng ép chân.

Khi có các triệu chứng về suy tĩnh mạch mạn tính, nên đến bác sĩ khám và điều trị.

Đi bộ có thể chữa được bệnh viêm mạch ngoại biên

Tê ngứa, lạnh hoặc đau cẳng chân khi đi vài chục mét là vài triệu chứng thường gặp của bệnh viêm mạch ngoại biên - chứng bệnh có thể đe doạ tính mạng, thường thấy ở người trên 50 tuổi, hút nhiều thuốc lá Trong bệnh này, các nhánh động mạch ngoại biên tắc nghẽn, tuần hoàn máu ngưng trệ cẳng chân hoặc cả chân có thể bị hoại thư và phải cắt bỏ, một số mạch máu ở não, tim cũng có thể tắc nghẽn gây nhồi máu cơ tim hoặc đột quỵ.

Nếu bệnh được phát hiện sớm thì đi bộ là phương pháp điều trị được ưa thích nhất và rất hiệu quả Đi bộ sẽ làm cho các mạch máu mới phát triển quanh mạch máu bị tắc nghẽn, khi chúng đủ sức thay thế mạch máu tắc nghẽn thì triệu chứng đau sẽ biến mất. Lúc đầu, đi bộ sẽ gây đau, bệnh nhân cần nghỉ cho bớt đau rồi tiếp

tục đi những đoạn ngắn. Làm đều đặn như vậy sẽ dần dần đi được xa mà không còn đau nữa. Để có một hệ thống mạch máu khỏe mạnh, mỗi ngày chúng ta nên đi bộ khoảng 5 km.

Nhiễm trùng huyết

Nhiễm trùng huyết là một bệnh nhiễm trùng nặng, dễ đưa đến tình trạng sốc nhiễm trùng và tử vong.

Nhiễm trùng huyết là trong dòng máu có vi khuẩn. Vi khuẩn có thể sinh sôi nhanh chóng từ ổ nhiễm trùng tại tim, mạch máu như viêm nội tâm mạc, viêm tĩnh mạch hoặc từ ổ nhiễm trùng ở ngoài mạch máu như nhiễ m trùng đường tiêu hoá, rồi đi vào máu.

Triệu chứng:

- Sốt cao 39-40 độ C, có hoặc không kèm theo lạnh run, riêng trẻ sơ sinh, thân nhiệt có thể hạ xuống 35,5 - 36 độ C.

- Rối loạn tri giác, hôn mê.

- Nhịp tim tăng nhanh. Nếu nhiễm trùng nặng, mạnh nhanh, nhẹ, hạ huyết áp, có thể truy tim mạch.

- Thở nhanh; nếu nặng sẽ xuất hiện cơn ngưng thở, da tím tái.

- Có thể xuất hiện các nốt tử ban dưới dạng chấm hoặc đốm đỏ dưới da; trong trường hợp nhiễm trùng huyết do não mô cầu hoặc bầm máu do rối loạn đông máu, bệnh nhân có thể bị vàng da.

Các triệu chứng này có thể do vi khuẩn gây tổn thương trực tiếp lên một số cơ quan hay do các độc tố của vi khuẩn gây ra mà thường gặp là các trường hợp nhiễm trùng huyết do trực khuẩn gram.

Khi xét nghiệm công thức máu thì trong số lượng bạch cầu tăng, đặc biệt là bạch cầu đa nhân trung tính, do khi bị nhiễm khuẩn cấp tính cơ thể tăng sản xuất bạch cầu để bảo vệ cơ thể chống lại tình trạng nhiễm trùng. Tuy nhiên, cũng có một số trường hợp nhiễm trùng huyết, gram (-) bạch cầu lại giảm.

Một số xét nghiệm không thể thiếu là cấy máu, nghĩa là lấy máu bệnh nhân cho vào môi trường nuôi dưỡng để phân lập tác nhân gây bệnh. Cấy máu sẽ giúp xác định đúng vi khuẩn gây bệnh và dựa vào độ nhạy cảm của vi khuẩn đối với kháng thể để lựa chọn kháng sinh thích hợp. Không ít trường hợp phải cấy máu liên tiếp nhiều lần mới phân lập được vi khuẩn, nhất là các trường hợp trước đó đã dùng kháng sinh. Ngoài ra, để tìm tác nhân gây bệnh, bác sĩ sẽ cho chỉ định soi trực tiếp vi khuẩn, hoặc cấ y dịch nơi ổ nhiễm trùng, cấy nước tiểu hoặc cấy phân trong trường hợp nhiễm trùng đường tiêu hoá

Điều trị nhiễm trùng huyết:

- Dùng kháng sinh tiêm đường tĩnh mạch. Nếu là trường hợp vi khuẩn đã kháng thuốc, thường phải dùng phối hợp thêm 1 - 2 loại kháng sinh. Chọn lựa kháng sinh trị liệu ban đầu lúc đầu chưa có kết quả cấy máu thường dựa vào các biểu hiện lâm sàng.

- Dùng kháng sinh chống tụ cầu như Oxacillin, Vancomycin nếu có áp xe, viêm cơ...

- Dùng kháng sinh chống não mô cầu như Penicillin G,Cephalosporin thế hệ thứ 3 nếu có sốc kèm theo các nố t tử ban.

- Dùng kháng sinh chống vi khuẩn gram (-) như Cephalosporin thế hệ thứ 3 trong trường hợp nhiễm trùng đường tiêu hoá, tiêu chảy, tiêu đàm máu...

Khi có kết quả cấy máu và kháng sinh đồ, bác sĩ sẽ tiếp tục dùng kháng sinh cũ hay thay kháng sinh mới tùy vào đáp ứng trên lâm sàng và độ nhạy cảm của vi khuẩn đối với kháng sinh.

Nếu bệnh nhân bị truy mạch thì hồi sức chống sốc, rối loạn đông máu thì truyền máu, truyền các yếu tố chống đông máu...

BS Bạch Văn Cam (Bệnh viện Nhi đồng I)

Xơ vữa động mạch

Bình thường, lớp trong thành mạch máu luôn luôn trơn láng, đàn hồi tốt giúp sự lưu thông thông suốt của máu mang dưỡng khí

và các chất dinh dưỡng đến nuôi các cơ quan trong cơ thể Càng lớn tuổi, mỡ và các chất sẽ lắng đọng dần dần ở thành mạch tạo thành các mảng xơ vữa. Quá trình lắng đọng này tăng dần làm lòng mạch bị chít hẹp dẫn đến tắc mạch. Đây là một quá trình bệnh lý tiến triển chậm, thời gian để hình thành mảng xơ vữa kéo dài nhiều năm. Xơ vữa động mạch dẫn đến nhiều biến chứng, đặc biệt là nhồi máu cơ tim và đột quị.

Cao huyết áp sẽ đẩy nhanh quá trình xơ vữa động mạch, khi huyết áp cao tạo mộ t áp lực lớn trên thành động mạch, lớp cơ thành động mạch sẽ trở nên cứng và dày. Lòng mạch nhỏ lại. Lòng mạch hẹp sẽ làm huyết áp tăng cao thêm, mỡ tích tụ nhiều hơn ở thành mạch, tất cả tạo thành vòng xoắn làm tăng các biến chứng tim mạch, thận và đột quy.

Hút thuốc lá sẽ kích thích làm tim đập nhanh, lòng mạch co hẹp lại, máu dễ bị đông thành cục, đẩy nhanh quá trình xơ vữa động mạch. Cholesterol cao trong máu sẽ đọng lại ở thành động mạch gây xơ vữa động mạch. Ở cơ thể béo phì, tim phả i làm việc nhiều hơn, dễ bị cao huyết áp hơn và thường kèm theo cholesterol máu cao dễ bị xơ vữa động mạch hơn.

Cuộc sống căng thẳng nhiều lo lắng cơ thể sẽ phản ứng lại bằng cách tăng nhịp tim, huyết áp tăng lên, xơ vữa động mạch dễ hơn.

BS Lê Thị Tuyết Phượng

Mỡ trong máu

Rối loạn chuyển hoá chất mỡ (dân gian gọi là mỡ trong máu) là một nguy cơ đối với tim mạch nhưng có thể phòng ngừa và ngăn chặn được.

Lipid (chất mỡ) là một trong những chất cơ bản cần thiết để cung cấp năng lượng cho hoạt động của cơ thể, cùng với chất đạm (protein) và chất đường (gluxit). Rối loạn chuyển hoá chất đạm gây suy dinh dưỡng, rối loạn chuyển hoá chất đường, bột gây nên bệnh tiểu đường còn rối loạn chuyển hoá chất mỡ thì gây bệnh tăng

cholesterol máu hay cao mỡ trong máu, là yếu tố quan trọng gây ra mảng xơ vữa làm nghẹt mạch máu.

Các chất mỡ có trong thành phần thức ăn (mỡ heo, mỡ bò, mỡ gà, da gà, da heo, lòng đỏ hột vịt, hột gà, gan, lòng heo, bò..) được hấp thụ qua ruột và đưa vào máu để lưu thông trong máu dưới dạng đặc biệt gọi là lipoprotein chứa chất mỡ (như cholesterol và triglicerid), lưu thông trong máu, đưa các chất mỡ cho các mô, cơ bắp sử dụng để tạo ra năng lượng cần thiết cho hoạt động như co cơ, vận động... Hoặc nó chuyển hoá thành mô mỡ đọng lại dưới da (như ở bụng, mông, đùi...). Chúng là mỡ dự trữ sẽ dùng tới trong trường hợp nguồn cung cấp từ thức ăn không có chất mỡ nào nữa, ví dụ như khi kiêng ăn, nhịn đói. Sự tồn tại của chất mỡ trong máu là điều bình thường; hốt hoảng vì "mỡ trong máu", "mỡ lộn máu", "cơ mỡ trong máu" là không đúng. Nhưng nếu mỡ trong máu cao quá mức bình thường thì nó sẽ trở thành yếu tố nguy cơ gây ra các bệnh tim mạch. Cũng cần nói rõ là người có chỉ số mỡ trong máu cao dễ bị bệnh tim mạch, nhưng người có chỉ số này bình thường cũng không chắc là không mắc bệnh tim mạch.

Mỡ trong máu có nhiều loại khác nhau và chỉ có xét nghiệm đầy đủ mới biết được. Thầy thuốc sẽ tùy theo kết quả xét nghiệm để quyết định việc chọn thuốc điều trị và cho lời khuyên thích hợp về chế độ ăn uống, kiêng cữ. Bệnh nhân không nên tự ý đi làm xét nghiệm và cũng không cần thiết phải đi kiểm tra quá nhiều lần và thời gian quá ngắn (như cách vài ngày). Khi có kết quả, nên tham khảo ý kiến của bác sĩ điều trị, không quá sợ hãi cũng không quá chủ quan.

Chế độ điều trị không dùng thuốc bao gồm luyện thể dục, dưỡng sinh, cữ thuốc lá, ăn kiêng, tránh mỡ động vật, tránh ăn lòng đỏ hột gà, hột vịt, tránh ăn da gà, da heo, lòng heo, lòng bò. Người lớn tuổi không nên ăn ngọt nhiều, việc kiêng cữ là việc làm lâu dài gần như suốt cuộc đời, tốt nhất nên luyện thành thói quen ăn uống.

Thuốc điều trị: có hai nhóm chính là nhóm Statin (như Simvastatin, Pravastatin, Flucvastatin...) và nhóm Fibrat (như

Fenofibrat, Chlofibrat, Gemfibrozil). Việc lựa chọn thuốc thích hợp cho từng bệnh nhân cũng như liều lượng, thời gian uống và cách theo dõi phải do thầy thuốc quyết định.

Nhiều thuốc dân gian, thuốc y học cổ truyền như dầu cá, tỏi, trà xanh, ngưu tất... cũng có thể giúp ích nhưng không được chứng minh một cách khoa học, liều lượng thường tùy tiện, kết quả không khẳng định được ở mọi bệnh nhân.

Tóm lại: Rối loạn chuyển hoá mỡ thường gọi là mỡ trong máu, là một yếu tố nguy cơ góp phần gây ra bệnh tim mạch, yếu tố này có thể chẩn đoán được sớm, qua đó điều chỉnh bằng chế độ sinh hoạt, thói quen ăn uống và những biện pháp này không đủ điều chỉnh các rối loạn mỡ trong máu, thầy thuốc sẽ cân nhắc lựa chọn một thứ thuốc hạ mỡ trong máu thích hợp nhất cho bệnh nhân.

Đừng quên rằng dù có uống thuốc, việc luyện tập kiêng cữ là biện pháp quan trọng, lâu dài nhất và cũng đỡ tốn kém nhất.

PGS Đặng Vạn Phước (Đại học Y dược TP HCM

Bệnh cao huyết áp

Cao huyết áp (HA) là một bệnh khá nguy hiểm, gây nhiều tai biến nặng nề, lại khá phổ biến trong cộng đồng; nhưng có đến 68% bệnh nhân không biết mình mắc bệnh.

Về định nghĩa và phân loại độ cao HA, Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) có bảng sau:

Phân loại	Số HA trên (mmHg)	Số HA dưới (mmHg)
Số HA tốt nhất	< 120	< 80
Số HA bình thường	< 130	< 85
Bình thường cao	130 - 139	85 - 89
Cao HA độ I (nhẹ)	140 - 159	90 - 99

(nhóm phụ)	140 - 149	90 - 94
Cao HA độ II (trung bình)	160 - 179	100 - 109
Cao HA độ III (nặng)	>=180	>=110
Cao HA số HA trên đơn độc	>=140	< 90
(nhóm phụ)	140 - 149	< 90

Lưu ý:

- Khi số HA trên và dưới thuộc hai độ khác nhau thì việc phân loại bệnh dựa vào độ cao hơn.

- Để đánh giá mức độ nguy hiểm của bệnh, người ta không chỉ dựa vào chỉ số HA, độ cao HA mà còn dựa vào các yếu tố đi kèm (như mắc bệnh tiểu đường, bệnh tim mạch hay có tổn thương nội tạng do cao HA gây ra...), dựa cả vào điều kiện kinh tế xã hội, sắc tộc, vị trí địa lý..

Huyết áp bình thường của người Việt Nam là 120/80 mmHg, nói tắt là 12/8 (12 là số HA trên, 8 là số HA dưới). Gọi là cao HA khi số HA trên cao hơn 14 hoặc số HA dưới cao hơn 9.

Tình trạng số HA trên tăng cao dễ gây tai biến nhất thời như đứt mạch máu não, suy tim cấp, nhồi máu cơ tim; việc số HA dưới tăng cao thường gây tác hại lâu dài như lớn tim, rồi suy tim, suy thận mạn...

Khi số HA lên xuống chút đỉnh, một số người rất lo sợ thật ra, HA là con số động, thay đổi nhiều lần trong ngày, cao nhất vào buổi sáng, thấp nhất vào ban đêm lúc ngủ Người già HA cao hơn 10-20 mmHg, nam có HA cao hơn nữ 3-5 mmHg. Khi ăn mặn, vận động thể lực, lao động trí óc quá mức hoặc thần kinh căng thẳng, HA đều tăng lên đôi chút nhưng không nguy hiểm. Hiện có khoảng 12% người trên 15 tuổi mắc bệnh, tỷ lệ này tăng lên theo độ tuổi (ở tuổi 45 là 14%, ở tuổi 65 là 33%).

Người cao HA nếu không được điều trị đúng khi có những đột biến như trên, HA sẽ tăng cao thêm, có thể gây tai biến nặng nề. Đáng ngại nhất là có những người không biết mình cao HA vì không thấy nhức đầu chóng mặt, một số người phát hiện bệnh quá muộn khi đã có tai biến xảy ra.

Cách phát hiện bệnh sớm

Không dễ dàng và nhanh chóng phát hiện bệnh cao HA; có thể đến một cơ sở khám chữa bệnh gần nhà để xác định. Một số dấu hiệu thường gặp là:

- Nhức đầu phía sau gáy hay trước trán, thường thường vào buổi sáng, đôi khi kéo dài cả ngày.

- Chóng mặt, cảm giác đi đứng không vững, hơi nặng đầu.

- Mệt, thấy nặng ở ngực và hơi khó thở.

- Yếu liệt tay chân từ vài giây đến vài phút.

- Chảy máu cam: Máu chảy nhỏ giọt, nhanh, nhiều (do áp lực máu cao làm vỡ mạch máu nhỏ ở niêm mạc mũi). Nếu cao HA không được phát hiện và chữa trị thì hiện trạng chảy máu cam tái phát nhiều lần.

Các dấu hiệu này chỉ là gợi ý vì đôi khi HA lên rất cao, ví dụ như 20/12 nhưng người bệnh hoàn toàn không thấy bất kỳ dấu hiệu nào và cho rằng không cần dùng thuốc. Điều này hoàn toàn sai vì nếu HA cao như vậy, tai biến chắc chắn sẽ xảy ra và thường nguy hiểm đến tính mạng.

Điều trị tăng huyết áp

Khi biết mắc bệnh, cần hỏi rõ bác sĩ cả chỉ số huyết áp trên và dưới, những tác hại lên cơ thể, cách dùng thuốc, cách ăn uống và sinh hoạt để đề phòng một số tác hại thường gặp sau:

- Đứt mạch máu não (tai biến mạch máu não): thường xuất hiện trên người đang làm việc, đột nhiên té quỵ, có thể đưa đến hôn mê và tử vong, nhẹ hơn là liệt nửa người và tàn phế cả đời.

- Suy tim cấp dẫn đến phù phổi cấp, có thể tử vong nếu không chữa trị kịp thời.

- Lớn tim sau đó là suy tim, mới đầu là cảm giác mệt, phải dừng lại thở khi lên xuống lầu, nặng hơn là phù chân, báng bụng, không làm việc cũng mệt.

- Nhồi máu cơ tim dễ đưa đến tử vong.

- Suy thận mạn với các biểu hiện đầu tiên là tiểu nhiều, tiểu đêm.

- Tác hại lên mắt: Loá mắt, gây mù, ruồi bay trước mặt, đôi khi mù tạm thời.

Bệnh cao huyết áp phải chữa trị lâu dài. Việc điều trị gồm hai phần là dùng thuốc và chế độ ăn uống, sinh hoạt. Nhiều trường hợp huyết áp ổn định, bệnh nhân được tạm ngưng thuốc nhưng vẫn phải tiếp tục chữa trị qua chế độ ăn uống, sinh hoạt. Trong quá trình chữa trị, người bệnh thường mắc 3 sai lầm sau:

- Tự sử dụng thuốc hạ áp: Có nhiều trường hợp sau khi tự dùng thuốc phải đưa đến bệnh viện cấp cứu vì thuốc không hợp với cơ thể

- Chỉ chữa bệnh khi huyết áp tăng cao và ngừng thuốc khi huyết áp trở về bình thường. Cách chữa này có lúc làm cho huyết áp lên rất cao, có lúc lại xuống quá thấp và xuất hiện sớm các tác hại lên não, tim, thận.

- Không tái khám để đánh giá lại tình trạng bệnh và uống lâu dài một toa thuốc cũ có thể không còn phù hợp với tình trạng bệnh hiện tại.

Nhiều người nghĩ rằng trị bệnh cao huyết áp là để hạ huyết áp. Hiểu như thế là đúng, nhưng chưa đủ và chưa chính xác vì mục tiêu của điều trị cao huyết áp là đưa chỉ số huyết áp về bình thường, nhưng không phải là hạ càng thấp càng tốt. Sau đó, cần duy trì huyết áp ổn định, đồng thời ngăn ngừa các biến chứng và giảm thiểu các yếu tố nguy cơ của bệnh cao huyết áp.

Trong quá trình chữa trị, cần thực hiện 6 nguyên tắc:

1. Điều trị không dùng thuốc phải là bước điều trị đầu tiên trong mọi trường hợp, dù là cao huyết áp nhẹ hay nặng, đã có biến chứng hay chưa có biến chứng.

2. Dùng đúng thuốc: Tùy theo đặc điểm riêng từng bệnh nhân, bác sĩ sẽ chọn lựa thuốc hạ huyết áp thích hợp.

3. Nếu huyết áp thường xuyên cao, người bệnh cần phải theo dõi hằng ngày để bác sĩ kiểm soát và đưa huyết áp về chỉ số thích hợp, an toàn. Bác sĩ sẽ cho thuốc để hạ huyết áp dần dần qua nhiều ngày, tránh hiện tượng hạ huyết á p đột ngột gây biến chứng thiếu máu não, thiếu máu tim. Nếu bệnh nhân tự uống thuốc làm huyết áp hạ quá mức, họ có thể gặp những tai biến trầm trọng, phải đến bệnh viện cấp cứu.

4. Dùng thuốc đều đặn và liên tục, không ngưng thuốc đột ngột để tránh tình trạng phản ứng dội (huyết áp tăng vọt lên rất cao). Hiện tượng này dễ gây nhiều tai biến như đứt mạch máu não, nhồi máu cơ tim... Khi huyết áp ổn định, bác sĩ thường giảm liều thuốc dần trong nhiều ngày, người bệnh nên chấp hành tốt.

5. Trong quá trình điều trị, người bệnh phải điều chỉnh các yếu tố nguy cơ dễ dẫn đến cao huyết áp, đặc biệt là chữa bệnh tiểu đường và bệnh mỡ trong máu cao.

6. Điều trị không dùng thuốc là bước điều trị quan trọng gồm 4 điều sau đây:

- Giảm cân bằng chế độ ăn uống đối với người bệnh béo phì.

- Trong chế độ ăn uống cần lưu ý các điểm sau:

+ Nên ăn nhạt, hạn chế ăn muối, mỗi ngày ăn không quá 1-1,5 muỗng cà phê muối (tương đương 5 - 8 gam muối).

+ Nên cùng thức ăn có nhiều kali, canxi, manhê để hoạt động của hệ tim mạch được ổn định, (kali có nhiều trong chuối, nước dừa, đậu trắng... canxi có nhiều trong sữa, tôm, cua... manhê có nhiều trong thịt...).

+ Nên ăn chất đạm có nguồn gốc từ cá và thực vật, không ăn quá ngọt, hạn chế ăn mỡ động vật và dầu dừa, tốt nhất là dùng dầu ôliu hay dầu hướng dương.

+ Nên ăn nhiều rau cải, trái cây để cung cấp nhiều chất khoáng, vitamin và chất xơ.

+ Hạn chế uống rượu bia (kể cả khi huyết áp ổn định).

- Rèn luyện thân thể thường xuyên: Tập thể dục đều đặn, mỗi ngày khoảng 30-45 phút. Tuyệt đối không gắng sức, nên dùng các loại hình nhẹ nhàng như dưỡng sinh, đi bộ, chạy bộ..

- Tập thói quen tốt: Sinh hoạt điều độ, ngưng hút thuốc lá, tránh xúc động, lo âu thái quá..

- Dùng thuốc hạ huyết áp phải do bác sĩ chỉ định, không nên tự mua thuốc uống, tránh gây hại cho người bệnh.

BS Phan Hữu Phước

Tăng huyết áp giả tạo

Các triệu chứng của bệnh cao huyết áp còn có thể gặp trong nhiều bệnh khác. Cần lưu ý rằng khi chỉ số huyết áp tăng cao có thể do cao huyết áp thực sự nhưng cũng có một số trường hợp là tăng huyết áp giả tạo.

Cao huyết áp giả tạo thường do 2 nguyên nhân sau:

- Cảm giác hồi hộp làm cho tim đập nhanh và huyết áp tăng lên. Cao huyết áp giả tạo thường đi kèm với nhịp tim nhanh, đánh trống ngực, có cảm giác hồi hộp... Nhiều trường hợp số huyết áp tăng lên đến 160-180 mmHg nhưng hiếm khi tăng lên đến 200 mmHg. Sau khi trấn an và nghỉ ngơi khoảng 30 phút thì huyết áp và tim trở lại mức bình thường. Một số trường hợp bệnh nhân phải nghỉ ngơi vài giờ thì số huyết áp trên mới trở lại bình thường. Trong một vài trường hợp khó khăn hơn, phải theo dõi huyết áp tại nhà mới xác định được đó là tăng huyết áp giả tạo.

- Xơ cứng động mạch cách tay làm cho số huyết áp trên đo được cao hơn thực tế Hiện tượng này có thể gặp ở 10% người già

Trong trường hợp này, bác sĩ sẽ cho thực hiện một số biện pháp đặc biệt để xác định tình trạng tăng huyết áp giả tạo ở người cao tuổi.

Việc không xác định được tăng huyết áp giả tạo mà điều trị như cao huyết áp thật sự có thể gây nguy hiểm cho người bệnh như gây tình trạng huyết áp thấp hoặc hạ huyết áp tư thế, làm người bệnh té ngã đột ngột, có thể bị chấn thương sọ não... Do vậy khi đo huyết áp tại nhà, nếu thấy chỉ số huyết áp tăng cao, người bệnh không nên tự dùng thuốc mà phải đến bác sĩ khám bệnh để xác định có phải là cao huyết áp thực sự hay không?

BS Phan Hữu Phước (BV Nguyễn Trãi)

Biến chứng của bệnh cao huyết áp

Bệnh cao huyết áp có thể phân làm những dạng sau: cao huyết áp nhẹ, cao huyết áp trung bình, cao huyết áp nặng và cao huyết áp ác tính. Trong đó cao huyết áp ác tính nguy hiểm nhất và 80% người mắc tử vong trong một năm. Người bị cao huyết áp có thể gặp các biến chứng nguy hiểm, nhưng không phải tất cả các trường hợp đều dẫn đến biến chứng. Biến chứng bệnh cao huyết áp xảy ra ở người bệnh tùy thuộc vào dạng bệnh và phương pháp điều trị. Nếu được điều trị tốt, họ sẽ giảm và phòng ngừa được hầu hết biến chứng, điển hình là tai biến mạch máu não và nhồi máu cơ tim giảm hơn một nửa. Ngày nay, người ta nhận thấy có hai dạng biến chứng sau đây:

Biến chứng do tiến triển của bệnh thường xuất hiện ở tim, thận, não và mạch máu.

Biến chứng lên tim: Nếu cao huyết áp kéo dài không được điều trị đúng, bệnh nhân sẽ bị lớn tim, rồi suy tim, làm cho chức năng tống máu của tim bị suy giảm. Bệnh nhân thường thấy mệt khi vận động; hoặc khi làm việc hơi nhiều, người bệnh thường xuyên thấy thiếu hơi thở, thỉnh thoảng phải lấy hơi lên. Nếu không được điều trị, tình trạng suy tim sẽ nặng dần, người bệnh

không chỉ thấy mệt khi vận động, khi gắng sức mà còn thấy mệt và khó thở cả khi nghỉ ngơi.

Cần lưu ý là khi bị lớn tim, các biến chứng khác như thiếu máu cơ tim, rối loạn nhịp tim, suy thận và đột tử.. sẽ dễ dàng xuất hiện hơn.

Biến chứng lên thận: Thường là suy thận với biểu hiện trên giai đoạn đầu là tiểu đêm và tiểu nhiều lần trong ngày; giai đoạn sau là phù chân, mặt; tình trạng thiếu máu tăng dần, da xanh, niêm mạc nhợt nhạt... Khi đã suy thận, nếu huyết áp được duy trì ở mức độ thích hợp với cơ thể người bệnh, có thể làm cho tiến trình suy thận chậm lại. Ở thể cao huyết áp thể nhẹ và vừa, nếu bệnh nhân được điều trị ổn định sẽ hiếm khi bị suy thận. Sau 4 năm bị cao huyết áp, trên 80% trường hợp vẫn có chức năng thận bình thường.

Biến chứng lên mạch máu: Cao huyết áp tạo thuận lợi cho sự tiến triển của bệnh xơ vữa động mạch, làm hỏng thành mạch máu. Tình trạng này có thể xảy ra ở các động mạch lớn ở bụng, cổ hoặc chân. Khi tình trạng xơ vữa động mạch kéo dài, có đến 80% trường hợp hư hỏng động mạch vành (động mạch đến nuôi tim) và 20% xảy ra tai biến mạch vành trong vòng 10 năm. Nếu hư hỏng các mạch máu nhỏ như mạch máu ở đáy mắt thì sự xơ vữa sẽ tiến triển qua nhiều giai đoạn, với những biểu hiện như loá mắt, mây mù, mờ mắt. Những tai biến này khi đã xuất hiện, dù bệnh cao huyết áp có được điều trị tốt thì mạch máu đã bị xơ vữa cũng khó hồi phục.

Biến chứng trên não: Dạng thường gặp là tai biến mạch máu não với những biểu hiện như liệt nửa người, méo miệng, nói đớ, ăn sặc, tiêu tiểu không tự chủ. Đôi khi có động kinh, nếu nặng bệnh nhân sẽ hôn mê và tử vong.

Biến chứng do điều trị thường là do bệnh nhân tự mua thuốc về điều trị lấy, trường hợp do thầy thuốc thì rất hiếm gặp.

- Nếu dùng thuốc không hiệu quả (vì chọn loại thuốc không đúng, dùng thuốc không đủ liều...) thì huyết áp vẫn cao, không về bình thường được. Có khoảng 50% trường hợp cao huyết áp có mức

huyết áp không được giữ ổn định, vì thế chúng ta chỉ phòng ngừa được một phần biến chứng của bệnh cao huyết áp.

- Việc dùng thuốc quá mức cần thiết sẽ gây tụt huyết áp, hoặc hạ huyết áp tư thế như ở người cao tuổi.

- Nếu thuốc có tác dụng phụ, bệnh nhân có thể có những triệu chứng như mệt mỏi, hồi hộp, phù chân, vọp bẻ (chuột rút)... Tuy nhiên, với cùng một loại thuốc, bệnh nhân này có thể gặp tác dụng phụ còn bệnh nhân khác thì không, vì cơ thể từng bệnh nhân có sự đáp ứng thuốc khác nhau.

BS Phan Hữu Phước

Cơn đau thắt ngực và nhồi máu cơ tim

Trường hợp 1: Bệnh nhân nam 61 tuổi nhập viện trong tình trạng toàn thân tím tái, ngưng tim, ngưng thở được cấp cứu rất tích cực nhưng ông ta đã tử vong một giờ sau đó. Khai thác lại bệnh sử được biết bệnh nhân bị cơn đau thắt ngực ở vùng ngực trái. Hai ngày trước đó, ông tự mua thuốc uống, thấy có đỡ nên không nhập viện. Ngày hôm sau, bệnh nhân lại đau nhói ở ngực khi đang nằm nghỉ, người lạnh toát, da tím tái, ngưng thở. Lúc đó người nhà mới đưa vào viện.

Trường hợp 2: Bệnh nhân nam 58 tuổi đang ngồi ăn cơm bỗng thấy đau nhói như có ai bóp chặt vào vùng ngực trái, muốn ngất xỉu. Bệnh nhân được đưa vào bệnh viện ngay và đã hồi phục sau một tuần điều trị.

Cả hai trường hợp trên đây đều được chẩn đoán là nhồi máu cơ tim. Và một trong những nguyên nhân làm tử vong trong trường hợp đầu là do nhập viện quá trễ.

Đây là trường hợp cấp cứu nội khoa nặng do động mạch nuôi tim bị tắc lại gây thiếu máu nuôi ở một vùng cơ tim làm hoại tử vùng này. Nguyên nhân thường gặp là do xơ cứng động mạch.

Các yếu tố dễ gây nhồi máu cơ tim đã được chẩn đoán là thiếu máu cơ tim, cao huyết áp, tiểu đường, rối loạn mỡ trong máu, nghiện rượu, béo phì, hút thuốc lá nhiều...

Biểu hiện của cơn nhồi máu cơ tim chủ yếu là cơn đau thắt ở vùng ngực trái, đau muốn tắt thở, đau như có ai bóp chặt vào quả tim mình, đau có thể lan lên vai, lan ra sau lưng, lan ra cánh tay trái. Cơn đau kéo dài trên 15 phút mà không giảm sau nghỉ ngơi và điều trị giãn mạch đơn thuần. Lúc này nếu được nhập viện, bệnh nhân sẽ được đo điện tâm đồ và trên điện tâm đồ sẽ có những hình ảnh xác định bệnh nhân bị nhồi máu cơ tim. Đồng thời, nếu lấy máu làm xét nghiệm sẽ thấy men tim tăng lên rất cao.

Thông thường, bệnh nhân nhồi máu cơ tim không được điều trị kịp thời sẽ gây tử vong vì các biến chứng sau đây:

1. Chết đột ngột vì ngưng tim, vỡ tim.

2. Sốc tim gây ngưng tim, ngưng thở đưa đến tử vong.

3. Rối loạn nhịp tim, nguy hiểm nhất là rung thất, vô tâm thu, tỷ lệ tử vong rất cao.

4. Suy tim cấp, phù phổi cấp.

Như vậy, khi có cơn đau thắt ở vùng ngực trái, đặc biệt ở những bệnh nhân có các yếu tố nguy cơ kể trên, ta phải đến khám ngay tại các cơ sở y tế gần nhất để được cấp cứu kịp thời, tránh các biến chứng đáng tiếc xảy ra.

Đối với các bệnh nhân có các yếu tố nguy cơ, phải có biện pháp phòng bệnh thích hợp hạn chế diễn tiến tới nhồi máu cơ tim:

1. Ăn kiêng, chống béo phì, ăn nhiều rau và trái cây, hạn chế mỡ động vật.

2. Phải bỏ thuốc lá ngay.

3. Điều trị tốt các bệnh cơ bản: cao huyết áp, tiểu đường.

4. Có chế độ làm việc, nghỉ ngơi hợp lý như:

- Không làm việc nặng đòi hỏi sự gắng sức quá mức.

- Tránh tình trạng quá xúc động, vui quá hay buồn quá

- Tập đều đặn các môn thể dục không đòi hỏi sự gắng sức như đi bộ dưỡng sinh...

- Nghiêm cấm những môn thể thao gây nguy hiểm như leo núi, nhào lộn từ trên cao...

BS Lê Thị Tuyết Phượng (TT Đào tạo và Bồi dưỡng cán bộ y tế TP HCM

Tai biến mạch máu não

Tai biến mạch máu não có tỷ lệ tử vong đứng hàng thứ ba trong các bệnh lý. Đó là tình trạng hư biến của não do nhiều nguyên nhân và được phân thành 2 nhóm chính là thiếu máu não và xuất huyết não.

Nguyên nhân:

- Thiếu máu não: Thường do xơ vữa động mạch. Những mảng xơ vữa làm hẹp lòng mạch máu, ngăn cản việc đưa máu lên não; những mảng xơ vữa bị bong ra kèm những cục máu di chuyển trong lòng mạch gây nên sự tắc mạch.

- Xuất huyết não (mạch máu trong não bị vỡ ra và chảy máu trong não): Do cao huyết áp (chiếm tỷ lệ cao nhất), vỡ túi phình mạch, vỡ dị dạng mạch máu não.

Xuất huyết não ít gặp hơn thiếu máu não nhưng tỉ lệ tử vong cao hơn. Những yếu tố và bệnh lý có liên quan là cao huyết áp, tiểu đường, các bệnh về tim, tăng cholesterol máu và chứng béo phì...

Triệu chứng: Thường đột ngột nhức đầu, yếu, liệt nửa người, hoa mắt, đi lại chao đảo, có thể kèm với mất ngôn ngữ, mất ý thức... Tùy vào vùng não bị bệnh mà có những biểu hiện lâm sàng khác nhau. Các triệu chứng có thể hồi phục hoặc nặng dần và tử vong.

Cần có chẩn đoán chính xác loại bệnh để có hướng điều trị tốt nhờ cộng hưởng từ hoặc chụp cắt lớp não.

Phòng ngừa tai biến mạch máu não:

- Chữa cao huyết áp: Khi huyết áp cao hơn 140/90 mmHg, nên có chế độ ăn thích hợp, luyện tập, giảm cân và dùng thuốc theo chỉ dẫn của bác sĩ.

- Không hút thuốc lá Vì thuốc lá làm tăng việc tạo mảng xơ vữa. Nicotine trong thuốc lá làm co thắt mạch máu dẫn đến tăng nhịp tim và tăng huyết áp. Carbonic trong khói thuốc lá đã thay thế chỗ của oxy trong máu làm giảm lượng oxy trong máu. Ngưng hút thuốc làm giảm nguy cơ tai biến mạch máu não.

- Chữa bệnh tim mạch: Các bệnh xơ vữa động mạch, thấp tim, bệnh tim tắt nghẽn, bệnh van tim, cơ tim... làm tăng nguy cơ bị tai biến mạch máu não.

- Nếu có cơn thiếu máu nã o thoáng qua (yếu 1/2 người hồi phục trong vòng một vài giờ và không để lại di chứng) nên đến gặp bác sĩ và dùng sspirin, sẽ làm giảm nguy cơ tai biến mạch máu não rất nhiều.

- Tiểu đường làm tăng nguy cơ tai biến mạch máu não gấp đôi và nhất là có thêm tăng huyết áp. Cần phải có chế độ ăn kiêng, luyện tập, kiểm tra cân nặng và dùng thuốc theo chỉ dẫn của bác sĩ.

- Kiêng ăn mỡ chất giàu cholesterol và dùng thuốc giảm cholesterol theo chỉ dẫn của bác sĩ khi có tăng LDL và HDL trong máu.

Khi bị tai biến mạch máu não cần có sự theo dõ i và điều trị của bác sĩ chuyên khoa để giảm thiểu những yếu tố gây nguy hiểm đến tính mạng và nhanh chóng phục hồi sức khỏe, có khả năng tái nhập vào cuộc sống.

BS Nguyễn Thị ánh Hồng (Trung tâm Medic)

Oxy cao áp với bệnh thiếu máu cơ tim và thiểu năng tuần hoàn não

Não và tim là hai cơ quan trọng bậc nhất của cơ thể Con người có thể nhịn ăn 3-4 ngày nhưng nếu không thở 3-5 phút, tế

bào não sẽ bị tổn thương nặng và nếu không thở sau 8-10 phút, tổn thương não sẽ không hồi phục được (mất não). Còn tim thì phải làm việc liên tục suốt đời để bơm máu nuôi dưỡng cơ thể, ngay cả khi cơ thể ngủ và các cơ quan khác được nghỉ ngơi, thư giãn.

Một bệnh lý khá phổ biến ở não là thiểu năng thuần hoàn não, có thể do nhiều nguyên nhân gây ra nhưng tựu trung là do tế bào não thiếu oxy và các chất dinh dưỡng khác cho các tế bào.

Khi chúng ta mắc bệnh và được tiêm hoặc uống thuốc trong điều kiện áp suất bình thường (áp suất khí quyển), lượng oxy tuy được huyết sắc tố trong hồng cầu vận chuyển đến tế bào nhưng vẫn khó hoà tan vào tế bào. Dù lưu lượng tuần hoàn và lượng máu tăng lên nhưng thực tế lượng oxy vẫn thiếu. Nhất là trong trường hợp thiếu máu hoặc ngộ độc, khả năng vận chuyển oxy của Hemoglobin giảm nhiều. Cách điều trị trong thời điểm này giúp khắc phục các nhược điểm trên là liệu pháp oxy cao áp.

Điều trị bằng oxy cao áp có thể làm tăng hoặc giảm lượng oxy hoà tan vào máu, giúp điều chỉnh hàm lượng oxy trong tế bào của các cơ quan trọng yếu trong cơ thể theo ý muốn và theo yêu cầu chữa bệnh. Đặc biệt lượng oxy hoà tan vào tế bào để nuôi sống các tổ chức tế bào không còn phụ thuộc vào khả năng vận chuyển oxy của huyết sắc tố, oxy cao áp còn có tác dụng hạn chế viêm tắc mạch máu, tạo thuận lợi cho lưu lượng máu đến tim và não tốt hơn.

Liệu pháp oxy cao áp cho kết quả rõ rệt: phục hồi được chức năng của các cơ quan, nhất là tim, não, gan, phổi, thận...; phục hồi khả năng lao động trí óc và cơ bắp, nhất là trong các trường hợp bị thiếu máu cơ tim hoặc thiểu năng tuần hoàn não, thiểu năng chức năng gan, suy thận và các biến chứng của bệnh tiểu đường type 2 (đặc biệt là chữa các vết loét khó hồi phục của bệnh nhân tiểu đường mà không cần phải phẫu thuật cắt bỏ phần hoại tử..).

GS Nguyễn Địch

Phương pháp rèn luyện sau tai biến xuất huyết não

Sau tai biến xuất huyết não, đa số bệnh nhân bị di chứng liệt nửa người, mắt miệng bị nghiêng lệch, nói năng khó khăn hoặc các di chứng khác...

Về phương diện điều trị đông y, căn cứ vào bệnh tình mà lương y đưa ra các phương pháp trị liệu: tĩnh não, khai khiếu, bồi bổ nguyên khí, sơ thông kinh lạc, hoạt huyết ứ đồng thời phối hợp châm cứu và dùng thuốc để trị liệu.

Về chủ động rèn luyện: Người bệnh chủ động vận dụng ý thức vào hoạt động tay chân và cơ thể bên bị bệnh (nhưng tuyệt đối không dùng phía bên khỏe mạnh giúp đỡ vận động). Các công năng của con người đều phải qua rèn luyện mới có thể khôi phục nhanh. Tế bào não thoái hoá cần thông qua trị liệu và phương pháp rèn luyện chính xác mới có thể phục hồi và mở mang.

Về vận dụng ý thức: Là phương pháp trị liệu để chỉ huy phía cơ thể có bệnh hoạt động:

1. Khẩn trương và buông lỏng kết hợp nhau

Do thiếu chủ động rèn luyện phía cơ thể có bệnh nên khí huyết không lưu thông, nhất là ở chi trên, tay thường rũ xuống, bàn tay, ngón tay dễ sưng phù, các khớp của cánh tay lỏng lẻo, rời rạc.

Khởi đầu rèn luyện là cử động giơ lên. Cơ bắp của cánh tay, khớp cổ tay, ngón tay khẩn trương, thậm chí rung động, nhưng ngày càng phải cố gắng giơ cao hơn. Sau đó, dần dần hạ xuống, vận dụng ý niệm kéo cánh tay buông lơi hạ xuống đến độ thấp nhất. Lặp đi lặp lại nhiều lần mà tiến hành "một khẩn, một lơi" tạo cho khí huyết được lưu thông. Dần dần cánh tay và vai sẽ khôi phục, bàn tay, ngón tay sưng phù trở lại bình thường.

2. Động và tĩnh kết hợp nhau

Vận dụng ý niệm để chỉ huy tay, chân, cơ thể. Vì mỗi khớp bàn tay, ngón tay phía bên bệnh không thể động, như không thể nắm tay lại hoặc xòe rộng tay ra, nên người bệnh phải cố gắng vận

dụng ý niệm để nắm tay lại như quả đấm hoặc xoè rộng tay lúc buông ra (lúc khẩn, lúc lơi) cho kỳ được. Sau nhiều lần như vậy, bệnh nhân sẽ tự nhiên cử động được. Mặc dầu lúc đầu rất khó khăn nhưng không nên nản chí.

3. Nhập tĩnh

Hai mắt từ từ khép lại, toàn thân thư giãn. Từ trên đầu, dùng ý niệm buông lỏng phía bên tay có bệnh, tuần tự từ khớp vai buông lơi xuống khớp khuỷu tay, tới khớp cổ bàn tay rồi đến lòng bàn tay. Ý niệm buông lỏng tất cả, sau đó là ý niệm buông lỏng hạ chi, từ khớp háng, đến khớp gối, khớ p cổ chân, bàn chân, ngón chân. Sau đó theo phương pháp 1.

4. Động

Hoạt động trên dưới chi (cả tay và chân) phía bên mắc bệnh, nên luyện khoảng 20 phút. Sau nhiều lần rèn luyện như vậy, cơ thể ngày càng tráng kiện, huyết áp, tim mạch có thể khôi phục lại bình thường. Nên nhớ đừng làm cho người bệnh cảm thấy mệt nhọc.

Bệnh nhân cần có tinh thần khổ luyện và lòng tin chiến thắng bệnh tật. Mỗi ngày, ngoại trừ khi ăn cơm, ngủ, phần lớn thời gian còn lại người bệnh đều phải rèn luyện và tự trị liệu.

Thời gian hoạt động cho người bệnh liệt nửa người như sau:

- Động: mỗi lần 20 phút.

- Nhập tĩnh và buông lỏng: mỗi lần 5 - 10 phút.

Thời gian tập luyện:

- Mỗi sáng sớm rèn luyện một tiếng đồng hồ (tức tập 2 lần, trong thời gian này nên nghỉ 5 phút và ăn sáng).

- Từ 8 giờ đến 10 giờ sáng (2 tiếng đồng hồ) tập 4 lần và giờ nghỉ nên uống nước trái cây.

- Từ 14 giờ đến 16 giờ (2 tiếng đồng hồ) tập 4 lần và nghỉ xen kẽ mỗi lần tập.

- Từ 19 giờ đến 20 giờ rèn luyện 1 tiếng đồng hồ (tức tập 2 lần) nghỉ ngơi, thư giãn.

Phương pháp này không hạn chế tư thế nằm, ngồi hoặc đứng.

Lương y Lý Thụ Hòa

Bệnh huyết áp thấp

Huyết áp thấp là một bệnh khá phổ biến, ảnh hưởng nhiều đến sức khỏe, khả năng làm việc và sinh hoạt hằng ngày. Bệnh không chỉ gặp ở người gầy, thiếu cân mà còn gặp ở người mập, dư cân. Tỷ lệ mắc bệnh ở nữ giới cao hơn nam giới.

Huyết áp trung bình của người Việt Nam là 120/80 mmHg. Người bệnh huyết áp thấp có số huyết áp trên thấp hơn 110 mmHg, thậm chí chỉ có 90 mmHg. Đây là trường hợp huyết áp thấp mạn tính không tìm thấy nguyên nhân và cần phân biệt với trường hợp huyết áp thấp cấp tính, rất nguy hiểm, cần được điều trị cấp cứu. Người bệnh huyết áp thấp cấp tính là người có huyết áp bình thường hoặc có huyết áp cao nhưng do bệnh lý nào đó gây mất máu (như chảy máu dạ dày) hay mất nước (như tiêu chảy), khiến huyết áp giảm xuống đột ngột, số huyết áp trên có thể giảm dưới 100 mmHg.

Ngoài ra còn có dạng huyết áp thấp có nguyên nhân rõ rệt do suy tuyến yên, tuyến giáp trạng, tuyến thượng thận. Nguyên nhân của bệnh có thể tìm ra dễ dàng khi bác sĩ cho người bệnh thực hiện một số xét nghiệm cần thiết.

Triệu chứng:

Do lưu thông máu lên não giảm nên người bệnh thường xuyên có cảm giác hoa mắt, chóng mặt, nhất là khi đang nằm hay ngồi mà đột ngột đứng dậy. Ngoài ra, người bệnh còn thấy mệt mỏi, yếu tay chân khi học tập, làm việc hoặc tập thể dục thể thao đều chóng thấy mệt mỏi. Tình trạng này kéo dài trong nhiều tháng, nhiều năm nên người bệnh thấy mình yếu đuối, không còn sức sống, gây ảnh hưởng nhiều đến việc học tập và năng suất làm

việc. Thỉnh thoảng, người bệnh có cơn huyết áp hạ thấp nhiều hơn, có thể gây cơn choáng ngất rất nguy hiểm, nhất là trong lúc đi xe máy.

Cần lưu ý là bản thân huyết áp thấp không gây tai biến mạch máu não (trừ khi có yếu tố xơ vữa động mạch não đi kèm). Riêng bệnh nhân bị xơ vữa động mạch lâu năm nếu mắc thêm chứng huyết áp sẽ có thể gặp những tai biến nguy hiểm.

Điều trị:

Điều trị huyết áp thấp là một việc khó khăn, cần có thời gian chữa trị lâu dài. Điều trị huyết áp thấp gồm 2 phần: không dùng thuốc và dùng thuốc. Chế độ ăn uống và tập thể dục thể thao là những phương cách điều trị không dùng thuốc.

Về tập thể dục hay chơi thể thao, người bệnh nên thực hiện thường xuyên mỗi ngày ở mức trung bình.

Về chế độ ăn, người bệnh nên lưu ý ăn mặn hơn bình thường nhưng không nên ăn quá nhiều chất bổ dưỡng như trứng, thịt mỡ, sữa béo... để tránh béo phì và giữ cân nặng ở mức trung bình (với nam giới người ta lấy chiều cao tính bằng cm trừ đi 100 để được số cân nặng tính bằng kg, ở nữ giới cũng tính tương tự nhưng trừ đi 105).

Lưu ý: Trước khi áp dụng chế độ ăn mặn, người bệnh cần đến bác sĩ để xác định chính xác tình trạng huyết áp của mình. Không ít trường hợp bệnh nhân chóng mặt, mệt mỏi là do huyết áp cao, nếu cứ nghĩ có triệu chứng này là bị huyết áp thấp và tự áp dụng chế độ ăn mặn thì sẽ làm huyết áp càng tăng thêm, có thể dẫn đến những hậu quả xấu hoặc những tai biến nguy hiểm như đứt gân máu...

Trong bữa ăn, người bệnh cần lưu ý tránh những thức ăn gây xơ vữa động mạch như mỡ, trứng... và hạn chế ăn quá ngọt. Nếu người bị huyết áp thấp có thêm chứng xơ vữa động mạch thì cần lưu ý điều trị cả bệnh này vì nó góp phần làm giảm lượng máu lên não, trường hợp nặng có thể gây nhũn não.

Trong trường hợp cần thiết, bác sĩ sẽ cho bệnh nhân thêm một số thuốc hỗ trợ hoạt động của hệ tim để nâng cao huyết áp lên một chút. Khi đang dùng thuốc, người bệnh nên tái khám đúng kỳ. Theo dõi chặt chẽ huyết áp và phát hiện sớm những bất thường để kịp thời báo cho bác sĩ, vì thuốc này ngoài tác dụng nâng huyết áp còn có tác dụng phụ khác.

Khi mắc bệnh huyết áp thấp. Người bệnh đừng quá lo lắng hay bi quan, nếu được điều trị đúng thì một thời gian sau tình trạng huyết áp sẽ được cải thiện, người bệnh sẽ tự tin hơn và sẽ có một cuộc sống bình thường.

BS Phan Hữu Phước

Huyết áp thấp và tai biến mạch máu não

Tai biến mạch máu não là cụm từ chỉ một nhóm bệnh mà Tổ chức Y tế thế giới phân làm 5 loại như sau:

1. Dạng tai biến mạch máu não khỏi hoàn toàn trước 24 giờ, gọi là thiếu máu não cục bộ thoáng qua. Hiện giờ đây được coi là yếu tố nguy hiểm, chưa thật sự là tai biến mạch máu não.

2. Dạng tai biến mạch máu não khỏi hoàn toàn sau 24 giờ gọi là thiếu máu não có hồi phục.

3. Dạng tai biến mạch máu não sau thời gian điều trị chỉ khỏi một phần và để lại di chứng kéo dài.

4. Dạng tai biến mạch máu não không hồi phục và nặng lên liên tục.

5. Dạng tai biến mạch máu não rất nặng dẫn đến tử vong.

Hai thể bệnh 1 và 2 hồi phục rất tốt trước và sau 24 giờ là dấu hiệu báo trước tai biến mạch máu não sẽ tái phát sau vài tháng hoặc vài năm nếu không điều trị và phòng ngừa. Ở lần sau, bệnh sẽ nặng hơn lần trước.

Nếu xét theo bản chất tổn thương tại não, người ta phân chia tai biến mạch máu não thành hai nhóm chính là nhũn não (còn gọi

là nhồi máu não) và xuất huyết não (còn gọi là chảy máu não hay đứt gân máu).

Nguyên nhân của nhũn não là do lượng máu lên não quá ít hoặc sự lưu thông trong lòng mạch máu đến nuôi não bị cản trở trầm trọng. Lượng máu lên não thấp thường do huyết áp thấp. Nếu huyết áp thấp thường xuyên thì không gây tai biến đột ngột. Nếu huyết áp thấp đột ngột có thể gây ra nhũn não.

Khi số huyết áp trên ở mức 70-80 mmHg thì bắt đầu có hiện tượng thiếu máu não, nếu lượng máu lên não chưa giảm quá 20% thì chưa có tai biến nguy hiểm.

Khi có huyết áp trên giảm dưới 70 mmHg, sẽ xuất hiện thiếu máu não rõ rệt. Lúc này, trên người bình thường (không bị xơ cứng động mạch), các mạch máu ở não sẽ thích nghi bằng cách giãn mạch; còn trên người bị xơ cứng động mạch, khả năng thích nghi này giảm rất nhiều nên tình trạng thiếu máu não thường nặng nề hơn, dễ dẫn đến nhũn não hơn.

Nguyên nhân thứ 2 gây nhũn nào là do có vật cản trong lòng mạch máu đi đến não. Vật cản này có thể là mảng xơ mỡ động mạch bị bong ra từ nơi khác trôi theo dòng máu lên não, hay do cục má u đông trong một số bệnh tim, do bọt khí hay hạt mỡ trong trường hợp gãy xương đùi.

Dạng bệnh thứ 2 của tai biến mạch máu não là xuất huyết não. Bệnh này thường do cao huyết áp (chiếm 80%) hoặc do những nguyên nhân khác như vỡ những mạch máu có hình dạng bất thường.

BS Phan Hữu Phước

Rượu và bệnh tim

Rượu gây xơ gan là điều hầu như mọi người đều biết, nhưng rượu hại tim còn là vấn đề bất ngờ đối với nhiều người. Thực ra, với liều vừa phải, rượu có lợi cho hệ tim mạch của con người. Nhưng khi số lượng và thời gian uống rượu vượt quá giới hạn nào đó thì rượu sẽ là chất độc.

Các bệnh tim mạch do rượu gồm huyết áp cao, đau ngực, rối loạn nhịp tim, tai biến mạch máu não, bệnh cơ tim do rượu, suy tim, đột tử. Suy tim xuất hiện khi uống 80 g ethanol mỗi ngày (khoảng 250 ml rượu mạnh như rượu đế, whisky, vodka, hoặc 1 lít rượu vang) và uống liên tục trong khoảng 10 năm.

- Triệu chứng giai đoạn sớm: Bệnh nhân chưa cảm thấy gì khó chịu, chỉ khi khám bệnh, thấy huyết áp hơi tăng, siêu âm thì thấy tim bắt đầu lớn (cả dày vách tim lẫn giãn buồng tim) đồng thời khả năng giãn ra của tim đã suy giảm. Người trung niên (50 tuổi) bị chóng mặt, hồi hộp, muốn ngất xỉu hoặc ngất xỉu sau khi nhậu xong hay vào ngày hôm sau. Điều nguy hiểm là ngất xỉu lại bị đoán lầm do say rượu. Đây là triệu chứng hay gặp vào các ngày nghỉ lễ, chủ nhật do uống rượu nhiều. Đo điện tim thấy rung nhĩ, cuồng nhĩ hoặc nhanh thất, ngoại tâm thu thất. Một số người có thể bị chết đột ngột (đột tử) vào giai đoạn này do rung thất. Đó là lý do tại sao khi nhậu xong có một số người "đi" luôn, thường được gọi là "trúng gió" (dĩ nhiên cần phải loại trừ nguyên nhân bị đầu độc).

Nếu cai rượu vào giai đoạn này thì tim sẽ phục hồi hoàn toàn.

- Giai đoạn muộn khi đã suy tim: Bệnh nhân thường là một người từ 30-50 tuổi, có tiền sử nghiện rượu gần 10 năm, mỗi ngày 250 ml (1 xị rượu đế), rượu whisky hoặc gần một lít rượu vang... Đến bệnh viện thì mệt, khó thở dữ dội, phải ngồi dậy do suy tim trái, hoặc nặng hơn là kèm cả phù chân, bụng to do suy tim toàn bộ.

Siêu âm tim cho thấy, các buồng tim đều giãn to, chức năng bơm máu bị suy giảm nặng. Các bác sĩ gọi là bệnh cơ tim giãn nở do rượu. Nếu ngưng rượu tuyệt đối vẫn còn khả năng phục hồi. Tuy nhiên nếu tiếp tục uống, không thuốc điều trị suy tim nào hiệu quả. Tình trạng này là hậu quả của tác dụng độc, trực tiếp của rượu lên cơ tim, do thiếu sinh tố B1 (do khi nhậu thường ít ăn đủ chất dinh dưỡng) thiếu kali.

Uống quá nhiều bia có bị bệnh tim? Dù là rượu whisky, rượu đế, rượu vang hay bia đều có kết quả như nhau. Nhất là một số bia người ta hay pha thêm chất Cobalt nhằm giữ bọt bia lâu tan.

Chẩn đoán bệnh tim do rượu

Gần 80% bệnh nhân bị bệnh tim do rượu không được chẩn đoán sớm và đúng, một phần do bệnh nhân ít khi chịu khai thật về tình trạng uống rượu của mình. Hơn nữa, vào giai đoạn sớm, khi khả năng hồi phục hoàn toàn còn rất cao, khám nghiệm lâm sàng và cả các thử nghiệm lại không có gì rõ rệt.

Cách duy nhất là bác sĩ phải nghi ngờ khi thấy bệnh nhân có một vài trong các dấu hiệu sau: rối loạn chức năng gan, cao huyết áp, phì đại tuyến nước bọt mang tai, tay run, lo lắng do trầm cảm, hơi thở có mùi rượu.

Rượu hại tim theo 3 cách:

- Tác hại trực tiếp lên cơ tim: Gây tiêu hủy một số tế bào cơ tim, một số khác phì đại, gây xơ hoá khoảng gian bào.

- Thiếu các chất dinh dưỡng như sinh tố B1 gây suy tim gọi là Beriberi. Ngoài ra, thiếu Potasium gây loạn nhịp tim, thiếu Selenium.

- Chất Cobalt có trong một số loại bia.

Ở đây không nói đến các chất độc mà trước đây hay gặp ở nước ta như rượu đế có pha 1 lít thuốc trừ sâu có Phosphore hữu cơ nhằm làm rượu trong vắt. Hoặc uống methanol (cồn dùng trong y tế) hoặc pha rượu với đủ loại thuốc đáng ngờ khác.

Như vậy, người bệnh cơ tim do rượu không phải chỉ là người chuyên nhậu đồ với khế hay me mà là cả những người ăn uống đầy đủ và uống toàn rượu ngoại đắt tiền.

BS Nguyễn Công Tâm

CHƯƠNG 7
BỆNH GAN

Gan nhiễm mỡ

Gan nhiễm mỡ là gì? Trước đây chúng ta ít nghe nói đến chứng gan nhiễm mỡ vì tình trạng này thường khó xác định và chỉ phát hiện tình cờ trong phẫu thuật. Từ ngày máy siêu âm được trang bị phổ biến cho tuyến quận, huyện thì chẩn đoán gan nhiễm mỡ được nhắc tới nhiều hơn. Nếu không có máy siêu âm thì phải thám sát bằng soi ổ bụng hay bằng phẫu thuật. Nhiễm mỡ ở gan là một trong các tình trạng dư thừa chất béo; mỡ còn có thể đóng ở một số cơ quan khác như tim, tuỵ, mạch máu, não và ở những nơi có mô mỡ tích tụ như bụng, mông, cổ

Triệu chứng và chẩn đoán

Các biểu hiện của bệnh mà người bệnh cảm thấy được rất mơ hồ, có thể là ăn không tiêu hoặc đau đau ở vùng gan (do có sỏi mật đi kèm) hay chỉ thấy mệt mệt và có khi không thấy gì bất thường cả. Khi khám bệnh ở phần bụng, bác sĩ chỉ có thể sờ được gan to thôi, ngoài ra không có triệu chứng đặc biệt nào hết.

Về chẩn đoán, qua kết quả siêu âm bác sĩ sẽ dựa vào mật độ của mô gan và kích thước của gan đo được để chẩn đoán. Tuy nhiên gan to trên siêu âm không phải bao giờ cũng sờ thấy khi khám bụng nên có thể nói một cách chính xác là thường chỉ có siêu âm người ta mới phát hiện ra gan nhiễm mỡ

Bệnh có nguy hiểm không?

Nếu chỉ xét trên tình trạng nhiễm mỡ của gan thì hiếm khi nó là yếu tố đe doạ tính mạng vì ít khi sự nhiễm mỡ của gan làm suy giảm chức năng gan một cách trầm trọng và cấp tính. Tuy

nhiên, nếu xét trên cách nhìn nhiễm mỡ ở gan là một phần trong tình trạng dư thừa chất béo trên cơ thể thì sự dư thừa chất béo này có thể dẫn đến những bệnh lý khá nguy hiểm như cao huyết áp, nhồi máu cơ tim, tai biến mạch máu não...

Một nghiên cứu mới đây cho biết gan nhiễm mỡ thường đi kèm với rối loạn lipid (chất mỡ) và rối loạn men gan. Các men này thường nằm trong tế bào gan và chỉ phóng thích vào máu khi tế bào gan bị vỡ nên người ta hay làm xét nghiệm các men gan để thăm dò tình trạng các tế bào gan.

Cần lưu ý rằng không phải tất cả những người có gan nhiễm mỡ đều rối loạn lipid trong máu; khoảng 10% bệnh nhân không có rối loạn lipid máu và khoảng 20% không có rối loạn men gan. Tuy nhiên, người bị gan nhiễm mỡ cũng có ít nhất một rối loạn nào đó, nếu không có rối loạn lipid thì cũng có rối loạn men gan.

Điều trị

Hiện nay y học chưa điều trị được bệnh gan nhiễm mỡ vì nếu có một loại thuốc nào lấy mỡ ở trong gan thì nó cũng có thể lấy mỡ ở bất kỳ chỗ khác và đó thực sự là một dược phẩm kỳ diệu mà người ta đang mong ước. Nếu người i bệnh bị tăng lipid máu, bác sĩ có thể cho dùng thuốc làm hạ lipid máu, qua đó hy vọng làm giảm dần lượng mỡ ở gan và bảo tồn các chức năng của gan.

Phòng ngừa:

- Tránh ăn nhiều chất béo và chất đường bột.
- Không uống rượu nhiều.
- Thường xuyên tập thể dục thể thao hoặc dưỡng sinh.

BS Trần Sơn Vương

(Trung tâm Đào tạo và Bồi dưỡng cán bộ y tế TP HCM)

Viêm gan siêu vi

Viêm gan siêu vi là những bệnh nhiễm trùng làm tổn thương gan do nhiều loại siêu vi khác nhau gây ra. Có 5 loại siêu vi gây

viêm gan thường gặp là A, B, C, D, và E. Đường lây của các bệnh viêm gan siêu vi không giống nhau:

- Viêm gan siêu vi A và E lây qua nguồn nước bẩn, ô nhiễm phân, rác và cách ăn uống không hợp vệ sinh.

- Viêm gan siêu vi A, C và D lây qua đường máu, truyền máu, dùng chung dụng cụ tiêm chích, rạch da, dính máu, dịch tiết người bệnh. Quan hệ tình dục, mẹ truyền sang con khi mang thai.

Biểu hiện của bệnh viêm gan siêu vi khác nhau tùy theo từng loại siêu vi:

- Nhiễm siêu vi A: Người bệnh có biểu hiện viêm gan cấp như sốt, mệt mỏi, vàng da nhưng thường nhẹ, hồi phục hoàn toàn. Viêm gan A không gây viêm gan mạn, xơ gan, ung thư gan.

- Nhiễm siêu vi E: Biểu hiện cũng giống như siêu vi A nhưng mức độ viêm gan có thể nặng hơn, nhất là ở phụ nữ mang thai, viêm gan E không gây viêm gan mạn, xơ gan, ung thư gan.

- Nhiễm siêu vi B: Chỉ có một số người biểu hiện viêm gan cấp như viêm gan A và E còn đa số khỏe mạnh, không có triệu chứng nên thường phát hiện bệnh là do tình cờ thử máu, khám sức khỏe, hiến máu... Nhưng 90% người bệnh sẽ phục hồi hoàn toàn và chỉ có 10% là bệnh có thể kéo dài thành viêm gan mãn, gây xơ gan, ung thư gan sau này.

- Nhiễm siêu vi C: Diễn biến bệnh giống như viêm gan B nhưng nguy cơ viêm gan mãn, xơ gan cao hơn.

- Riêng đối với siêu vi D: Chỉ gây bệnh cho người đã nhiễm siêu vi B và khi đó bệnh cũng thường nặng, với biến chứng xơ gan cao hơn.

Do có nhiều loại viêm gan khác nhau và biểu hiện rất đa dạng nên chỉ có thử máu mới định bệnh chắc chắn. Khi thử máu, có thể phải làm nhiều loại xét nghiệm khác nhau, nên khi nghi ngờ nhiễm bệnh, bạn nên đi khám tại cơ sở y tế có chuyên khoa bệnh nhiễm hoặc tiêu hoá- gan mật để được hướng dẫn cụ thể

Cần làm gì khi mắc bệnh viêm gan siêu vi?

Bạn cần bình tĩnh bởi đa số trường hợp viêm gan siêu vi đều có thể bình phục hoàn toàn nếu tuân theo sự hướng dẫn của thầy thuốc chuyên khoa. Đừng tự ý điều trị theo lời mách bảo của những người không chuyên môn, bởi vì đến nay vẫn chưa có loại thuốc nào diệt được các loại siêu vi gây viêm gan. Nếu đang bị viêm gan, biện pháp chủ yếu để bệnh mau khỏi là nghỉ ngơi hoàn toàn, ăn thức ăn dễ tiêu, rau tươi, trái cây nhằm nâng cao sức đề kháng cho cơ thể, giúp đẩy lùi bệnh. Thầy thuốc có thể cho bạn dùng thêm vài loại thuốc có tính cách hỗ trợ làm giảm các triệu chứng.

Còn nếu là người nhiễm siêu vi B, C hoặc D không triệu chứng thì không cần thiết điều trị gì cả, vẫn ăn uống, sinh hoạt, lao động bình thường nhưng cần phòng tránh lây lan cho mọi người. Cần quan tâm giữ gìn sức khỏe hơn, tránh nhiễm thêm các bệnh khác và tránh dùng ma tuý, thuốc lá, rượu làm tổn hại sức khỏe. Nhiều người giữ gìn sức khỏe tốt sau một thời gian đã hoàn toàn khỏi bệnh, xét nghiệm cho thấy đã sạch hết mầm bệnh.

Cần làm gì để phòng bệnh viêm gan siêu vi?

1. Phòng tránh các đường lây lan.

- Phòng tránh viêm gan siêu vi A và E bằng cách: Giữ vệ sinh ăn uống. Ăn sạch, uống nước nấu sôi để nguội, rửa tay trước khi ăn.

- Phòng tránh B, C và D bằng cách: Truyền máu có kiểm tra viêm gan siêu vi, vệ sinh vô trùng các dụng cụ y tế, săn sóc sức khỏe, dùng riêng vật dụng có thể dây dính máu như kim, ống chích, dao cạo, kìm cắt móng tay... Truyền máu có kiểm tra siêu vi giêm gan, sống lành mạnh, chung thủy vợ chồng, sử dụng bao cao su đúng cách. Phụ nữ mang thai nên đi khám thai để phát hiện sớm viêm gan siêu vi nhằm có biện pháp phòng bệnh thích hợp cho trẻ

2. Chích ngừa

Cần lưu ý hiện nay chỉ có vắc xin phòng bệnh viêm gan siêu vi B (D) và gần đây là viêm gan siêu vi A nên chích ngừa không phòng được các bệnh viêm gan siêu vi C và E.

Đối với trẻ em dưới 1 tuổi, chích ngừa viêm gan siêu vi B đã được đưa vào chương trình tiêm chủng mở rộng để trẻ được chích miễn phí ở các cơ sở y tế

Nguy cơ nhiễm viêm gan siêu vi B và C

Sự lây truyền của 2 loại siêu vi này có chung đặc điểm là cùng lây qua 3 con đường chích: quan hệ tình dục, qua đường máu và lây từ mẹ sang con (trong thời kỳ mang thai).

Một số nhóm người sau đây có nguy cơ bị nhiễm virus viêm gan siêu vi B (Hepatitis B virus - HBV) và virus viêm gan siêu vi C (Hepatitis C Virus - HCV) hơn cả

- Có quan hệ tình dục bừa bãi, thường quan hệ với gái mãi dâm, đồng tính luyến ái (quan hệ tình dục với người đồng giới đặc biệt là nam giới), có chồng bị nhiễm hoặc ngược lại.

- Tiêm chích xì-ke, dùng chung bơm tiêm.

- Bệnh nhân thường phải sử dụng máu qua truyền máu và dùng các sản phẩm của máu cũng như truyền dịch.

- Xăm mình, xỏ lỗ tai, xăm môi, xăm lông mày, hoặc những bệnh nhân điều trị bằng châm cứu.

- Trẻ sơ sinh có mẹ mang mầm bệnh HBV, HBC.

- Một số nhân viên y tế tiếp xúc với bệnh phẩm từ máu.

- Thân nhân, của người bệnh viêm gan siêu vi B và C.

- Những bệnh nhân đang được điều trị có liên quan đến phẫu thuật như mổ xẻ, chạy thận nhân tạo.

Những điều cần biết về bệnh viêm gan siêu vi B

Bệnh viêm gan siêu vi B biểu hiện dưới nhiều hình thức. Đối với một người có sức khỏe bình thường, việc mang virus kéo dài trên 6 tháng vẫn không có triệu chứng gì về lâm sàng cũng như về

xét nghiệm. Đây chính là nguồn lây lan cho cộng đồng. Với những người bị bệnh viêm gan siêu vi B cấp tính, bệnh diễn tiến qua 4 giai đoạn:

- Giai đoạn ủ bệnh: Không có triệu chứng rõ rệt, kéo dài 30-180 ngày, trung bình khoảng 70 ngày.

- Giai đoạn khởi phát: Kéo dài 3-10 ngày với các triệu chứng mệt mỏi, uể oải, nôn ói, chán ăn, đau lâm râm vùng hạ sườn phải, sốt, đau khớp.

- Giai đoạn toàn phát: Vàng da, vàng mắt, nước tiểu vàng, kéo dài 2-8 tuần.

- Giai đoạn phục hồi: Các triệu chứng giảm dần.

Trong viêm gan siêu bi B thể cấp tính, 90% bệnh nhân khỏi bệnh hoàn toàn. Đặc biệt bệnh nhân càng nhỏ tuổi, tỷ lệ chuyển sang dạng mãn tính càng cao.

Viêm gan siêu vi B mãn có 2 dạng: thể tồn tại và thể tấn công. Ở thể tồn tại, bệnh nhân không có triệu chứng gì rõ rệt. Xét nghiệm máu có men gan tăng vừa. Ở thể tấn công, bệnh nhân hay bị mệt mỏi, chán ăn, đau cơ, đau khớp. Xét nghiệm máu có men tăng cao. Biến chứng của viêm gan siêu vi B mãn tính cần lưu ý là xơ gan và ung thư gan.

Hiện nay, viêm gan siêu vi B chưa có thuốc điều trị đặc hiệu, chỉ có thuốc ngừa. Do đó, nên chủng ngừa viêm gan siêu vi B cho những người chưa nhiễm virus theo lịch. Đối với bệnh nhân bị nhiễm viêm gan siêu vi B cấp cần được nghỉ ngơi tốt, chế độ dinh dưỡng thích hợp và ăn nhiều đạm. Hạn chế mỡ, theo dõi phát hiện biến chứng kịp thời.

Người có sức khỏe bình thường mang virus cần được giáo dục, phổ biến kiến thức để tránh lây lan cho người khác, theo dõi phát hiện men gan theo định kỳ. Hiện nay, những bệnh nhân viêm gan mãn có thể được chỉ định điều trị với Interferons (Intron A) nhằm mục đích giảm lây nhiễm, ngăn chặn sự nhân đôi của virus, cải thiện triệu chứng do siêu vi gây ra, ngăn ngừa sự tiến triển đến những biến chứng không phục hồi được như xơ gan, ung

thư gan. Tuy nhiên, việc điều trị này phải được chỉ định và theo dõi bởi các bác sĩ chuyên khoa.

Bệnh xơ gan

Xơ gan là hệ quả diễn biến chậm của nhiều bệnh gan khác nhau về nguyên nhân, trong đó đứng đầu là rượu, kế tiếp là siêu vi (B, C, A) thứ ba là dùng thuốc không thận trọng, không hợp lý. Ngoài ra, vệ sinh thực phẩm, thói quen ăn uống, phương thức điều trị, sinh hoạt xã hội... cũng là những yếu tố gây bệnh có thể dẫn tới biến chứng xơ gan và cổ trướng.

Cách nhận biết xơ gan cổ trướng

Bác sĩ sẽ chẩn đoán bệnh dựa vào các dấu chứng đặc trưng của bệnh (vết hồng ban ở mu bàn chân tay, đám mạch máu chân nhện, to vú, dịch hoàn teo) và các triệu chứng như lách to, cổ trường, phình tĩnh mạch thực quản, ói máu, thành bụng có nhiều mạch máu lớn, giống như đầu con sứa. Lúc đầu ở vùng hạ sườn phải, bờ trái của gan to quá mũi xương ức, sau đó teo nhỏ lại, ở giai đoạn kế tiếp sờ bờ gan thấy lổn nhổn như đầu đinh.

Còn cổ trướng (báng bụng) là biến chứng của xơ gan có tăng áp lực tĩnh mạch, dịch trong khoang màng bụng càng lúc càng nhiều, ảnh hưởng đến chức năng của thận, hệ thống bạch mạch của gan và ruột. áp lực tăng càng nhiều nếu gan càng suy nặng sẽ làm kiệt nước trong máu lưu thông nhưng lại có quá nhiều nước trong ổ bụng và làm mạch máu co lại ở trong sâu.

Cổ trướng có thể tự phát gây nhiễm trùng màng bụng, ấn vào bụng sẽ có cảm giác đau kèm theo sốt, nhất là ở người xơ gan do rượu. Khi có báng bụng, tính mạng bệnh nhân sẽ bị nguy hiểm nếu không được phát hiện và chữa trị sớm.

Biến chứng

Xơ gan có một số biến chứng đặc biệt. Thường gặp nhất là xuất huyết tiêu hoá do vỡ giãn tính mạch thực quản, bệnh nhân sẽ ói ra nhiều máu, ói thành từng cơn, ra máu đông có lẫn thức ăn hoặc không. Biến chứng thường gặp thứ hai là hôn mê gan, bệnh

nhân có triệu chứng vàng da niêm, tri giác lơ mơ, hơi thở hôi mùi trái cây. Nếu gặp các biến chứng trên phải đưa ngay bệnh nhân đến bệnh viện để chữa trị.

Phòng ngừa

- Bỏ rượu, đặc biệt đối với những người có một vài triệu chứng kể trên, hoặc đã bị xơ gan, đối với người bình thường mỗi ngày có thể uống một lít rượu, chừng 1 lon bia 333 hoặc 1 ly rượu đế 30 ml. Nhưng nếu hằng ngày người nam uống hơn 60 g cồn tinh khiết và người nữ uống hơn 20 g thì có khả năng bị xơ gan (bình thường 1 xị rượu đế có trên 100 g cồn nguyên chất).

- Giữ vệ sinh ăn uống giữ vệ sinh hằng ngày để không lây bệnh viêm gan siêu vi, nếu có nguy cơ mắc bệnh hoặc công tác trong môi trường dễ lây bệnh thì nên chích ngừa trước.

- Cần tránh các thuốc hoặc chất độc gây hại cho gan, trường hợp bất khả kháng như dùng thuốc để trị bệnh lao... nên theo kỹ hướng dẫn của bác sĩ để hạn chế tác dụng của thuốc lên gan.

- Dinh dưỡng tốt cũng là một cách phòng bệnh quan trọng, người nghiện rượu vừa suy dinh dưỡng thì nguy cơ bệnh xơ gan càng lớn.

Bệnh sán lá gan

Sán lá gan có hình dạng tựa như chiếc lá me, màu xám hồng, mỏng, kích thước khoảng 20-30 mm khi trưởng thành, đẻ trứng trong đường mật của các súc vật ăn cỏ như trâu bò, ngựa... Trứng theo đường mật xuống ruột rồi theo phân ra ngoài. Ở môi trường nước ngọt như ao, hồ, đầm, sông, trứng phát triển thành ấu trùng, có lớp vỏ bao bọc bên ngoài, và sống ký sinh một thời gian trong các loại ốc dưới nước (ốc Limnea Truneatula), chuyển thành hậu ấu trùng.

Hậu ấu trùng chui ra khỏi ốc và bám vào các loại cây thủy sinh (rau muống, xà lách xoong...). Khi người và súc vật ăn phải rau bị nhiễm, hậu ấu trùng theo thức ăn vào ruột, lớp vỏ vỡ ra và phóng thích các con sán non. Sán non đi xuyên qua vách ruột theo

máu vào gan. Chúng sống, trưởng thành, đẻ trứng tại hệ thống dẫn mật trong gan. Trứng theo dịch mật bài tiết xuống ruột, theo phân ra ngoài để tiếp tục một chu trình mới.

Triệu chứng: Ở người, khoảng 15 ngày sau khi ăn thức ăn có ấu trùng sán lá gan, bệnh sẽ tiến triển qua hai giai đoạn sau:

- Giai đoạn khởi đầu: Kéo dài 2-3 tháng, sán sẽ từ ruột di chuyển vào gan. Bệnh nhân sẽ có các dấu hiệu như mệt mỏi, đau bụng, tiêu chảy, đau bụng âm ỉ, liên tục ở vùng gan (do gan sưng lên), kèm theo sốt, chán ăn và đôi khi có ngứa da kiểu dị ứng.

- Giai đoạn viêm đường mật: Giai đoạn này sán đến sống trưởng thành và đẻ trứng tại hệ thống đường mật trong gan gây ra các cơn đau bụng ở vùng gan, hoặc vùng hông phải. Đau càng lúc càng to do gan ngày càng sưng to. Tính chất cơn đau thường làm cho bệnh nhân và bác sĩ nghĩ là do rối loạn tiêu hoá hay do bệnh dạ dày. Hệ thống ống dẫn mật bị tắc nghẽn, thành ống dẫn mật sưng dày lên làm cho mật không được bài tiết tốt. Hậu quả là dịch mật ứ lại làm cho bệnh nhân vàng mắt, vàng da như những bệnh gan khác. Các dấu hiệu rối loạn tiêu hoá như táo bón... cũng thường hay gặp. Đau bụng có thể bớt sau khi uống thuốc, giảm đau như sau đó tái đi tái lại nhiều lần và có thể kéo dài đến vài tháng, vài năm.

Biến chứng:

Nếu không được điều trị đúng, bệnh nhân dần suy nhược, kém ăn mất ngủ và thiếu máu. Đặc biệt khi siêu âm bụng thấy có các khối u nhỏ, lạ nằm rải rác trong gan, và chưa được chẩn đoán rõ ràng, bệnh nhân sẽ rất lo lắng, dễ nghĩ sau là bệnh nhọt gan, ung thư gan và còn suy sụp tinh thần hơn, nhất là khi đã dùng qua nhiều loại thuốc kháng sinh, giảm đau nhưng không thất kết quả

Điều trị:

Hiện nay thuốc điều trị sán lá gan tốt nhất là Bithimol hoặc Triclabendazol. Tuy nhiên ở Việt Nam hai loại thuốc này còn khá hiếm và khó tìm thấy. Chúng ta có thể dùng: Emetin, hay

Praziquantel để điều trị và hiệu quả cũng khá tốt. Riêng đối với Emetin, không được dùng quá liều hoặc tự ý dùng thuốc tại nhà mà phải có sự theo dõi nghiêm ngặt của bác sĩ vì thuốc ảnh hưởng lên cơ quan tim mạch có thể gây ngưng tim đột ngột. Thời gian điều trị là 10 ngày, 1 tháng sau phải tái khám, nếu có dấu hiệu tái phát, phải điều trị đợt nữa. Nói chung, bệnh nhân phải được điều trị nội trú với chế độ theo dõi sát.

Phòng ngừa:

- Cần tuân thủ nguyên tắc ăn chín uống sôi. Rau sống phải rửa sạch dưới vòi nước chảy khá mạch sau khi ngâm bằng nước muối hoặc nước có pha thuốc tím. Hiện nay, trên thị trường có bán các loại nước chuyên dùng rửa rau, có thể sử dụng theo hướng dẫn trên từng sản phẩm.

- Nếu nghi ngờ bị nhiễm sán lá gan, bệnh nhân cần đến cơ sở chuyên khoa khám thử máu, làm siêu âm và điều trị. Hiện nay Trung tâm Bệnh nhiệt đới và Bộ môn Ký sinh Trường Đại học Y Dược tại TP HCM có thực hiện các xét nghiệm đặc hiệu để chẩn đoán sớm và chính xác bệnh này.

BS Lê Thị Thu Thảo

CHƯƠNG 8
LAO VÀ CÁC BỆNH HỆ HÔ HẤP

Giãn phế quản

Giãn phế quản là một bệnh mãn tính, do bẩm sinh hoặc mắc phải, trong đó phế quản nhỏ và trung bình giãn rộng ra, thường có những đợt bội nhiễm. Có thể giãn toàn bộ hoặc khu trú ở một thùy phổi.

Bệnh có thể do bẩm sinh (dị dạng trong cấu tạo thành phế quản hoặc các dị dạng khác như tụy tạng đa nang, đảo ngược phủ tạng, viêm xoang sàng) hoặc mắc phải (xảy ra sau khi bị áp xe phổi, lao phổi, viêm phế quản mãn tính, dị vật đường thở). Giãn phế quản thường được phát hiện khi bị các bệnh khác như cúm, sởi, ho gà, hoặc viêm phế quản mủ

Bệnh bắt đầu từ từ bằng các biểu hiện: ho kéo dài, ho cơn, ho nhiều vào sáng sớm.

Trường hợp giãn phế quản thùy dưới (thể ướt), bệnh nhân khạc đàm nhiều có thể đến 400 - 500 ml/ngày, đôi khi đàm như mủ

Trường hợp giãn phế quản thùy trên, (thể khô) bệnh nhân không khạc đàm mà chỉ ho ra máu nhiều lần, kéo dài.

Giãn phế quản là bệnh kéo dài, trong quá trình bệnh có những đợt bội nhiễm (sốt, khạc đàm mủ, khó thở) dần dần xuất hiện những cơn khó thở, những biến chứng thường gặp như tràn dịch màng phổi, áp xe phổi, viêm phổi tái phát..., có thể dẫn đến suy hô hấp, suy tim phải.

Trong những đợt bội nhiễm, bệnh nhân cần đến cơ sở y tế, các bệnh viện đa khoa, chuyên khoa để được khám và hướng dẫn

cụ thể về phương pháp điều trị. Đối với bệnh nhân giãn phế quản nội khoa, chỉ điều trị triệu chứng, chủ yếu là mổ. Cần điều trị tốt các đợt bội nhiễm để phòng tiến triển và biến chứng.

Tóm lại, giãn phế quản là một bệnh mãn tính, tiến triển dẫn đến suy hô hấp, tâm phế mãn, do đó cần chú ý một số phương pháp phòng bệnh:

- Điều trị triệt để các ổ nhiễm khuẩn, vùng tai, mũi họng, răng miệng.

- Điều trị lao sơ nhiễm ở trẻ em khi có hạch rốn phổi.

- Đề phòng và lấy sớm dị vật ở phế quản.

- Thay đổi khí hậu: đến nơi khô ráo, ấm áp.

- Không hút thuốc lá, thuốc lào; tránh môi trường nhiều khói bụi.

BS Hoàng Thị Quý

Hen phế quản

Hen phế quản là rối loạn viêm mãn tính trên đường hô hấp, do các chất kích thích khác nhau làm phế quản dễ bị co thắt lại, làm tắc nghẽn sự lưu thông khí trên đường dẫn khí, gây những đợt ho, khò khè, nặng ngực và khó thở.. Đây không chỉ là triệu chứng đặc thù riêng của hen phế quản mà có thể gặp trong các bệnh khác của lồng ngực, nên hen phế quản dễ bị chẩn đoán nhầm và điều trị không thích hợp. Vì thế, cần phải theo dõi kỹ bệnh nhân để sớm nhận ra bệnh hen phế quản. Chúng ta có thể nghĩ hen phế quản khi:

- Các triệu chứng trên xảy ra về đêm, đặc biệt khoảng nửa đêm, hoặc gần sáng khiến bệnh nhân phải thức giấc.

- Bệnh nhân phải ngồi dậy để thở dễ hơn.

- Các triệu chứng xuất hiện thành cơn, biến mất tự nhiên hoặc sau khi dùng thuốc trị hen phế quản. Bệnh nhân chỉ có triệu chứng trong những khoảng thời gian ngắn, có chu kỳ.

- Các triệu chứng xuất hiện khi tiếp xúc với các loại kích thích khác nhau như: bụi, mùi nồng, hoá chất, không khí lạnh hoặc khi thời tiết thay đổi.

- Bệnh nhân đã từng bị viêm mũi dị ứng, nổi mề đay hoặc những người có quan hệ ruột thịt với người mắc bệnh dị ứng.

Điều trị

Có hai loại thuốc được dùng để kiểm soát

1. Những thuốc cắt cơn: Là những thuốc làm giãn phế quản, có tác dụng làm thông thoáng nhanh đường hô hấp, nhằm làm giảm triệu chứng của cơn hen phế quản.

2. Những thuốc phòng ngừa lâu dà i: Giữ cho các triệu chứng và các cơn không xảy ra, từ đó giữ hen phế quản được kiểm soát tốt. khi cơn hen phế quản xảy ra. Thuốc có tác dụng rất hạn chế nhưng lại rất an toàn cho việc điều trị hằng ngày trong một thời gian dài.

Trong các dạng thuốc điều trị cắt cơn hen phế quản thì dạng hít có hiệu quả cao hơn, ít có tác dụng phụ hơn so với thuốc dạng uống (viên hay sirô) hay thuốc dạng chích (tiêm bắp, tiêm tĩnh mạch).

Cần chú ý một số yếu tố trong cuộc sống có thể ảnh hưởng lên cơn hen, và dễ đưa người bệnh đến tử vong như:

- Đang điều trị corticoid dài hạn.

- Trước đây đã phải đặt ống nội khí quản hoặc đã có tràn khí màng phổi, tràn khí trung thất trng hen phế quản nặng.

- Có hai lần nhập viện hoặc khám cấp cứu ở năm trước, vừa nhập viện hoặc khám cấp cứu ở tháng trước.

- Có bệnh lý tim mạch hoặc hô hấp nặng đi kèm.

- Tâm thần, kém thông minh.

- Nghiện rượu, tiếp tục uống rượu.

- Trẻ dậy thì và người trẻ

- Người sợ corticoid, người không tin tưởng vào điều trị hoặc không nghĩ mình có bệnh.

Để kịp thời cứu chữa cho người bệnh, chúng ta cần biết một số dấu hiệu sau đây của hen phế quản nặng:

- Tăng số cơn hen phế quản xảy ra trong ngày.

- Khó thở ảnh hưởng đến hoạt động hằng ngày.

- Mức độ nặng của cơn hen phế quản không giảm hoặc giảm ít sau khi dùng thuốc giãn phế quản.

- Tăng sử dụng thuốc giãn phế quả và corticoid.

Khi bệnh nhân có các triệu chứng của cơn hen phế quản nặng và rất nặng (như lo lắng, kích động, rối loạn ý thức, tím tái; khó nói hoặc khó ho; khó thở khi nằm đầu thấp; co kéo hõm ức hoặc các khoảng liên sườn, nhịp thở hơn 30 lần/phút; ngưng hoặc chậm nhịp hô hấp, mạch hơn 120 lần/phút) cần đưa bệnh nhân đến đơn vị y tế chuyên khoa để được chăm sóc kịp thời.

Phòng ngừa

Ngày nay, người ta chú ý đến các biện pháp kiểm soát môi trường nhằm ngăn chặn các yếu tố kích thích gây ra cơn hen phế quản hoặc làm cho bệnh hen phế quản nặng hơn như:

- Làm giảm sự tiếp xúc hoặc loại bỏ hoàn toàn với các chất gây dị ứng đối với bệnh nhân như không cho vật nuôi gây dị ứng ở trong nhà hoặc vào phò ng ngủ của bệnh nhân, giảm độ ẩm trong phòng thấp hơn 50%; không trải thảm trong phòng ngủ, trên sàn bê tông, mỗi tuần giặt gối, chăn, màn của bệnh nhân trong nước nóng (hơn 130 độ F); dùng thuốc diệt gián; đậy kỹ thức ăn, nếu bệnh nhân có vấn đề với phấn hoa, (từ cây cối, cỏ, cây dại) và nấm mốc, nên tránh tiếp xúc với các thứ này.

- Bệnh nhân phải ngưng hút thuốc và tránh tiếp xúc với người hút thuốc lá nhiều. Người sống trong nhà cũng nên ngưng hút thuốc hoặc hút thuốc lá ở ngoài nhà Tìm cách giúp bệ nh nhân giảm tiếp xúc với nguồn thuốc lá, khi phải sống và làm việc chung với người hút thuốc lá nhiều.

- Tìm cách giảm chất gây ô nhiễm môi trường, và gây kích thích cho người bệnh ở cả bên trong và bên ngoài nhà như: nước hoa, chất tẩy rửa, các loại thuốc xịt... Hoặc khói từ bếp lò đun củi, từ bếp lò thông gió

BS Nguyễn Hữu Lân
(TT Lao và Bệnh phổi Phạm Ngọc Thạch)

Bệnh suyễn (hen)

Suyễn là một bệnh đường hô hấp thường gặp ở mọi lứa tuổi, thường kéo dài nhiều năm, có tính chất di truyền nhưng không lây. Nhiều nước trên thế giới có 4-5% dân chúng bị suyễn, trong đó hơn nửa khởi bệnh trước 10 tuổi và chừng 1/3 khởi trước 40 tuổi. Ở trẻ em vài tháng tuổi, bệnh rất khó nhận biết.

Yếu tố gây cơn suyễn

Cơn suyễn xảy ra do sự co thắt cơ trơn cuống phổi, có sưng phù trong đường thở cùng nhiều chất đàm dãi gây tắc nghẽn hô hấp. Các nguyên nhân thường gặp là lông thú, khói thuốc lá, khói than củi, bụi trong nhà, những mùi nồng và mùi thuốc diệt côn trùng, phấn hoa, thời tiết, hoạt động nhiều như chạy nhảy, chơi thể thao hay làm việc nặng nhọc... Bệnh thường nặng thêm do tình trạng nhiễm trùng khác đi kèm.

Dấu hiệu nhận biết: Người bệnh ho nhiều về đêm, thở có tiếng rít cảm thấy nặng ngực. Suyễn có nhiều dạng: nhẹ, nặng, vừa; khi rất nặng có thể dẫn đến tử vong.

Bệnh suyễn rất khó phòng ngừa, tuy nhiên ta có thể tránh cơn suyễn bằng cách:

- Tránh xa các nguyên nhân dễ làm khởi phát bệnh.

- Mọi người không hút thuốc trong nhà và nhất là không hút gần trẻ nhỏ. Nên dùng tấm trải phủ lên nệm của bé để tránh bụi, không nuôi thú có lông như mèo, chó trong nhà, không để những chất nặng mùi trong nhà tránh xa mùi nhang khói. Không dùng xà bông, thuốc gội đầu hay những loại nước hoa; nhớ mở cửa sổ khi

trời nóng; nếu nấu ăn bằng củi hay dầu lửa. Cần mở cửa thông thoáng và đóng cửa khi không khí bên ngoài đầy chất thải của khói xe, chất ô nhiễm nhà máy, bụi, phấn hoa...

- Cần thường xuyên lau chùi, vệ sinh nơi ở nhất là những chỗ chứa nhiều bụi bặm. Nên bọc giường ngủ và gối bằng một bao có khoá kéo hoặc tốt hơn nên dùng chiếu; thường xuyên giặt tấm trải giường và gối chăn bằng nước nóng, phơi khô ngoài nắng.

Vì suyễn là một bệnh phức tạp, rất khó điều trị nên ngay khi có triệu chứng đầu tiên, bệnh nhân cần đến bác sĩ để được hướng dẫn đầy đủ cách phòng ngừa, theo dõi và dùng thuốc tại nhà như thế nào cho an toàn và có hiệu quả

Các dấu hiệu nhận biết tình trạng nặng cần đến bệnh viện ngay

- Khi thở cánh mũi nở rộng ra, co kéo các xương sườn và dưới cổ, nói năng khó khăn, tím đầu móng tay, móng chân, môi tái, đi lại thấy mệt.

- Đã dùng thuốc cắt cơn đúng theo hướng dẫn của bác sĩ nhưng không thấy có tác dụng hay tác dụng quá ngắn, vẫn còn thấy khó thở và thở nhanh.

- Khi phải dùng thuốc tác dụng nhanh trên 4 lần một ngày để cắt cơn, vì tuy thuốc giúp ta dễ chịu hơn trong một thời gian ngắn nhưng nếu dùng quá liều, đường thở sẽ sưng phù thêm, cơn suyễn càng nặng lên, có thể gây tử vong...

- Nếu bị suyễn, bạn cần phải chú ý luôn mang theo thuốc suyễn khi ra khỏi nhà và dùng thuốc đúng theo chỉ dẫn.

- Đến bác sĩ 2-3 lần mỗi năm, ngay cả khi không có vấn đề lưu ý về đường hô hấp.

- Cần dùng thuốc phòng ngừa nếu mỗi ngày phải cắt cơn bằng thuốc có tác dụng nhanh.

- Có thể dùng thuốc suyễn trước khi chơi thể thao hay lao động nặng, nếu cần.

- Dùng lưu lượng đỉnh kế (peak flow meter) hàng ngày tại nhà đúng theo hướng dẫn có thể giúp chẩn đoán bệnh xác định độ nặng nhẹ và nhất là để biết được khi nào cần thêm thuốc.

Hiện nay, y học đã có thể giúp kiểm soát được cơn suyễn. Người bệnh vẫn có thể sống bình thường yên tâm vui chơi, làm việc, học hành, du lịch xa cũng như ngủ ngon giấc về đêm... Suyễn là một bệnh cần điều trị lâu dài, với tỷ lệ khoảng 50-80% bệnh nhân sẽ lành bệnh.

BS Phan Quý Nam (Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

Bệnh phổi đa nang

Bệnh phổi đa nang, hay nói đúng hơn là bệnh đa nang phế quản, (bronchial polycystic disease) là bệnh bẩm sinh. Các nang (hoặc kén) trong nhu mô phổi này là những túi rỗng, có cấu trúc của vách phế quản không hoàn chỉnh, bên trong chứa một ít dịch hoặc có thể dịch lấp đầy cả túi.

Có 2 thể bệnh:

- Thể trung tâm: Thường là một nang đơn độc, không thông với phế quản ở trên và cũng không thông với các phế nang bên dưới. Vách nang cấu tạo bởi các tuyến nhầy, mô liên kết, cơ trơn và sụn. Khi bị bội nhiễm, hiện tượng viêm nhiễm phá hủy các cấu trúc, có thể làm cho nang thông với nhánh phế quản trung tâm, và nang trở nên giãn to hơn do tác dụng van một chiều, chất dịch nhầy bên trong trở thành mủ

- Thể ngoại biên: Thường có nhiều nang, các nang này là biểu hiện các khiếm khuyết của sự phát triển thành phế quản thời kỳ phôi thai. Thành nang lót bởi lớp niêm mạc không có tế bào lông chuyển, thiếu các tuyến nhầy, có mô liên kết và một ít tấm sụn không hoàn chỉnh, trong lòng nang thường chứa chất thanh dịch. Hiện tượng nhiễm trùng khi xảy ra sẽ phá hủy các cấu trúc bẩm sinh bất thường này và làm cho bệnh trở nên rất giống bệnh giãn phế quản.

Về triệu chứng lâm sàng, khi bị bội nhiễm nhiều lần, bệnh nhân ngoài bệnh cảnh nhiễm trùng có thể có triệu chứng khó thở hoặc thở khò khè, nhưng không phải là suyễn. Đây là bệnh bẩm sinh, nhưng không có chứng cớ nào là di truyền, và mức độ nặng nhẹ tùy theo số lượng nang, kích thước mang nang và số lần bội nhiễm vi trùng.

Điều trị: Chủ yếu là điều trị các đợt bội nhiễm với kháng sinh thích hợp, kết hợp vật lý trị liệu nếu có ho khạc đàm mủ và các thuốc giãn phế quản nếu cần. Phẫu thuật chỉ dành cho thể nang đơn độc chứ không phải đa nang.

BS Nguyễn Trần Phùng
(TT Lao và bệnh phổi Phạm Ngọc Thạch)

Bệnh viêm phổi "Legionnaires"

Bệnh viêm phổi Legionnaires gây ra do vi khuẩn Legionnella. Bệnh này có 2 dạng: viêm phổi Legionnaires là dạng nhiễm bệnh gây ra viêm phổi nặng, và dạng thứ 2 nhẹ hơn là sốt Pontiac (nhiễm bệnh nhẹ).

Vi khuẩn Legionnella cơ bản phát sinh từ các nguồn nước, dưới nhiều dạng. Đặc biệt, vi khuẩn này phát triển với số lượng lớn trong các nguồn nước ấm và đọng nước 35-46 độC.

Người bị nhiễm bệnh thở hít không khí có hơi nước từ các nguồn nước bị ô nhiễm vi khuẩn Legionnella như tháp giải nhiệt, các bể nước nóng, nước trong các bồn tắm... Việc nhiễm trùng thường xảy ra khi không khí có hơi nước bị ô nhiễm trong nhà riêng, nơi làm việc, bệnh viện hoặc các nơi công cộng. Tuy nhiên, việc nhiễm bệnh Legionellosis không lây từ người này sang người khác, và cũng không có trường hợp nào nhiễm bệnh do các thiết bị điều hoà nhiệt độ không giải nhiệt bằng tháp nước như máy lạnh dân dụng cũng như máy lạnh trong xe hơi.

Máy lạnh có gây viêm phổi?

Các máy lạnh có thiết bị điều hoà không khí được sử dụng thông dụng tại Việt Nam đa phần là những máy lạnh giải nhiệt

gió, không có tháp giải nhiệt, thì không thể gây ra vi khuẩn Legionnella. Nhưng cũng có một số máy lạnh trung tâm, có sử dụng tháp giải nhiệt được lắp đặt tại một số các nhà cao tầng, cơ sở sản xuất thì có thể gây bệnh viêm phổi máy lạnh.

Lao - Những điều cần biết

Hãy nghĩ đến bệnh lao khi có các triệu chứng sau:

- Ho khạc nhổ kéo dài trên 3 tuần lễ
- Giảm sụt cân.
- Sốt về chiều.
- Đau ngực.
- Ho ra máu.

Khi có dấu hiệu này cần phải làm gì? Hãy đến ngay phòng khám lao quận, huyện để được xét nghiệm và tìm vi trùng trong đàm, chụp hình phổi và để thầy thuốc chuyên khoa lao khám bệnh.

Khi được thầy thuốc chuyên khoa lao kết luận mắc bệnh lao, bạn sẽ được điều trị miễn phí 6-8 tháng.

Để khỏi bệnh lao, cần phối hợp uống thuốc, uống đúng liều, đều đặn và uống đủ thời gian.

Bạn được coi là đã khỏi bệnh lao khi điều trị đủ thời gian, và trong quá trình xét nghiệm đàm 3 lần không tìm thấy vi khuẩn lao.

Bệnh lao lây qua đường hô hấp, do vi khuẩn lao gây ra, bệnh không di truyền, có thể phòng và chữa khỏi. Hãy tiêm phòng BCG ngừa lao cho trẻ em.

Ta nên đối xử với người bệnh lao như thế nào? Gia đình động viên, hướng dẫn người bệnh vượt qua lo lắng, an tâm sống bình thường. Không nên xa lánh, phân biệt đối xử với bệnh nhân lao. Người bệnh có thể lao động bình thường.

Bệnh lao kháng thuốc

Lao là một bệnh dễ lây lan, và cần kiên nhẫn điều trị trong vài tháng. Nhưng khi thấy hết ho, hết sốt, bệnh nhân tự ngưng thuốc rồi, bệnh tái phát, lại có một số bệnh nhân uống nhiều thuốc điều trị lao nhưng không hiệu quả. Đó là do bệnh nhân đã bị kháng thuốc. Lao kháng thuốc là trường hợp bệnh nhân mang vi khuẩn kháng với một hoặc nhiều loại thuốc chống lao. Theo điều tra về kháng thuốc lao thực hiện toàn quốc năm 1996-1997, tỷ lệ kháng thuốc lao là 33% (kháng 1-4 thứ thuốc). Trong đó, tỷ lệ kháng Streptompicine là 24%, kháng Isoniazide là 20%, kháng Rifampicine là 3,6%, kháng Ethamlentol là 1,1% và đa kháng thuốc (R, H) là 2,3%. Tại TP HCM, tỷ lệ kháng thuốc lao cũng có số liệu tương tự nhưng nguy cơ cao hơn vì thuốc lao được nhập và bán thoải mái. Mặt khác, dân di cư từ các tỉnh về thành phố kiếm sống rất nhiều, lại nghèo khó và không có nơi cư nguổn định.

Khi mắc bệnh lao, bệnh nhân phải được quản lý và điều trị có kiểm soát. Nhưng vì nhiều lý do, bệnh nhân thường mua thuốc lao và tự uống theo hướng dẫn của nhân viên nhà thuốc, hoặc điều trị tại các phòng mạch không phải của bác sĩ chuyên khoa. Bệnh nhân thường ngưng thuốc tùy tiện khi thấy hết ho, hết sốt, hết ho ra máu và hết tiền. Và khi nào cảm thấy cần uống thì dùng thuốc. Vì thế, vi khuẩn lao quen dần với thuốc, tạo ra vi khuẩn kháng thuốc lao.

Càng có nhiều bệnh nhân mang và khạc ra vi khuẩn lao kháng thuốc trong hoặc sau quá trình điều trị thì khả năng lây nhiễm vi khuẩn lao kháng thuốc cho người khỏe mạnh và khả năng xuất hiện bệnh nhân lao mới có kháng thuốc, càng cao (tức là kháng thuốc ở những bệnh nhân lao chưa uống thuốc điều trị lao).

Lao kháng thuốc thường là do sai sót trong điều trị như: áp dụng phác đồ điều trị không đúng, không kiểm soát được việc dùng thuốc của bệnh nhân (có đúng và đều không?) hoặc chất lượng thuốc không đảm bảo...

Hiện nay tại Việt Nam và trên thế giới chưa có một phác đồ hữu hiệu nào để điều trị bệnh lao kháng thuốc, ở nước ta theo qui

định của Chương trình Phòng chống lao quốc gia, những bệnh nhân lao kháng thuốc (đã được tái điều trị 5 loại thuốc) chỉ uống Isoniazide đơn thuần. Trên thế giới đã có phác đồ hướng dẫn điều trị lao kháng thuốc nhưng những loại thuốc này rất đắt tiền, ít hiệu quả, nhiều độc tính và có thời gian kéo dài 18 - 24 tháng, chỉ thực hiện được ở những trung tâm y tế có đủ điều kiện kỹ thuật, đủ phương tiện theo dõi, chăm sóc bệnh nhân một cách toàn diện.

Do đó phòng ngừa bệnh lao kháng thuốc là vấn đề hết sức quan trọng và là mục tiêu của Chương trình Phòng chống lao. Biện pháp tối ưu nhất hiện nay để phòng bệnh lao là thực hiện chiến lược DOTS với hoá trị liệu ngắn ngày có kiểm soát tại cơ sở y tế gần bệnh nhân nhất như phường xã, tổ dân phố, tổ đội sản xuất...

BS Hoàng Thị Quý
(TT Lao và bệnh phổi Phạm Ngọc Thạch

Lao ngoài phổi

Lao ngoài phổi là bệnh do trực khuẩn lao gây ra tại các bộ phận khác của cơ thể không phải là phổi. Có thể nói chúng tấn công tất cả các bộ phận của con người, từ thần kinh, tiêu hoá, vận động đến cơ quan sinh dục nam cũng như nữ

Người mắc bệnh lao ngoài phổi bên cạnh những triệu chứng chung của bệnh lao phổi như sốt nhẹ về chiều, ăn không ngon, mệt mỏi... còn có những biểu hiện rối loạn chức năng của cơ quan bị bệnh như nhức đầu, thay đổi tính tình đối với lao màng não, đau nhức khi vận động đối với khớp hay cột sống, rối loạn đường ruột đối với bộ máy tiêu hoá.. Nhưng những biểu hiện đó thường không gây chú ý cho người chung quanh và bệnh nhân dễ dàng cho qua nên dẫn đến việc chậm trễ đi khám bệnh. Ngược lại, ở bệnh nhân lao phổi, việc ho khạc khiến người chung quanh chú ý nhiều hơn và bệnh nhân rất cảnh giác nên việc đi khám bệnh thường xảy ra sớm hơn.

Lao ngoài phổi tuy không nguy hiểm cho người xung quanh nhưng lại vừa khó định bệnh do rất ít khi tìm thấy vi trùng, vừa khó điều trị. Việc chẩn đoán phải dùng nhiều xét nghiệm hoặc những phương tiện chẩn đoán sâu, việc điều trị có thể ổn định về mặt bệnh tật nhưng luôn để lại di chứng trên các chức năng liên quan, và những tàn phế trên các bộ phận, trừ trường hợp lao tại một số màng như màng tim, màng phổi, lao tại các màng này do triệu chứng ảnh hưởng đến các chức năng xảy ra mạnh hơn, gây chú ý cho bệnh nhân và thân nhân sớm hơn, nên việc phát hiện sớm sẽ đưa đến một điều trị tích cực và không để lại bất cứ một tổn hại nào về chức năng và cơ thể

Ở lao hạch ngoại vi, sau thời gian điều trị, hạch thường nhỏ đi do hết hiện tượng viêm, việc mổ lấy hết hạch là không cần thiết, cả về mặt bệnh tật lẫn phương diện thẩm mỹ.

Một tiến bộ lớn trong công tác điều trị bệnh lao phổi hay lao ngoài phổi đều được điều trị bằng một công thức với thời gian giống nhau, trừ lao màng não, là thể lao ngoài phổi nguy hiểm nhất có thời gian điều trị dài hơn. Tuy nhiên, việc điều trị lao ngoài phổi tốn kém hơn do phải phối hợp với nhiều loại thuốc kèm theo biện pháp điều trị vật lý phục hồi.

Để phòng ngừa lao ngoài phổi, chúng ta cần lưu ý đến những triệu chứng khác thường của cơ thể (như đã nói ở trên), kịp thời đến cơ sở y tế để khám và điều trị.

BS Hoàng Thị Quý

Tác hại của thuốc lá

Theo Tổ chức Sức khỏe thế giới thì cứ 2 người hút thuốc lá, có 1 người sẽ chết vì những bệnh có liên quan đến thuốc lá, trong đó có 50% chết trong lứa tuổi trung niên. Thuốc lá mang đến 3 loại bệnh lý sau:

- Bệnh tim mạch: Người hút thuốc lá dễ bị cơn đau thắt ngực và nhồi máu cơ tim, nếu không cấp cứu kịp thời sẽ bị đột tử. Người

hút thuốc là còn dễ mắc bệnh cao huyết áp, và biến chứng tai biến mạch máu não.

- Bệnh ung thư: Thuốc lá là nguyên nhân số 1 gây ung thư phổi. Khả năng bị ung thư phổi tăng gấp 10 lần ở những người hút thuốc lá so với những người không hút thuốc lá. Nếu hút càng lâu năm với số lượng càng nhiều, khả năng bị ung thư phổi càng cao. Ngoài ra, thuốc lá còn có thể gây ra các bệnh ung thư khác như: ung thư thanh quản, ung thư thực quản, ung thư vòm hầu, ung thư tuỵ, ung thư bàng quang... Khi đã phát hiện khối ung thư, thời gian sống còn lại chỉ tính bằng tháng.

- Bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính: Khởi đầu, người hút thuốc lá chỉ bị ho đàm thường xuyên, nhất là vào buổi sáng. Tuy nhiên, lúc này chức năng hô hấp của phổi đã bị sụt giảm dần, mà chưa có biểu hiện triệu chứng. Khi chức năng phổi đã giảm nhiều, người bệnh bắt đầu bị khó thở. Lúc đầu chỉ khó thở khi làm việc nặng. Về sau khó thở ngay cả khi nghỉ ngơi hay khi sinh hoạt cá nhân như thay quần áo, đi vệ sinh... Và tình trạng tàn phế hô hấp đó kéo dài cho đến khi người bệnh tử vong vì suy hô hấp.

Ngoài ra, hút thuốc lá còn làm ảnh hưởng đến người xung quanh, nhất là những người trong gia đình. Đó là bệnh lý của những người phải thường xuyên hít khói thuốc lá do người khác hút thuốc lá, còn gọi là bệnh "hút thuốc lá thụ động". ở người lớn, hút thuốc lá thụ động cũng gây bệnh tim mạch, và ung thư phổi mặc dù tỉ lệ thấp hơn hút thuốc lá trực tiếp. ở trẻ em hút thuốc lá thụ động cũng gây bệnh viêm đường hô hấp. Ngoài ra, bố mẹ hút thuốc lá còn làm tấm gương xấu cho trẻ và phần lớn những trẻ này cũng nghiện thuốc lá khi lớn lên.

Ung thư phổi

Ung thư phổi có tỷ lệ tử vong cao nhất trong các bệnh ung thư ở nam giới. Gần đây, tỷ lệ này không tăng ở nam nhưng ngày càng tăng ở nữ, đứng đầu về tỷ lệ tử vong trong các bệnh ung thư ở nữ trong những năm đầu thập kỷ 90.

Giống như các bệnh ung thư khác, ung thư phổi bắt đầu khi một hoặc nhiều tế bào phân chia một cách không kiểm soát được. Sau khoảng 20 lần phân chia như vậy, một khối tế bào nhỏ đường kính khoảng 1 cm hình thành. Nếu các tế bào này tiếp tục nhân lên thì khối u tiếp tục gia tăng về kích thước. Ở một số giai đoạn của quá trình này, những tế bào có thể rời khỏi khối u ban đầu và phát triển đến các phần khác của cơ thể và phát triển thành những khối u mới. Những khối u ở phổi có thể gây chảy máu, làm tắc nghẽn đường hô hấp, gây ho, khó thở hay nhiễm khuẩn. Khối u có thể phát triển ra thành ngực gây đau. Tuy nhiên, đôi khi ung thư phổi phát triển to mà bệnh nhân không có triệu chứng đau, ho.

Triệu chứng hay gặp nhất của bệnh ung thư phổi là ho kéo dài, thở ngắn. Ho có đờm lẫn máu và đau ngực cũng có thể là dấu hiệu của ung thư phổi. Một thời gian sau, bệnh nhân có thể gầy sút, mệt mỏi, thở nông, khàn giọng, khó nuốt, đau xương, thở khò khè và tràn dịch màng phổi. Cần lưu ý rằng có khoảng 13% bệnh nhân không biểu hiện bất cứ một triệu chứng nào như trên khi khối u của họ được phát hiện.

Nguyên nhân chính của bệnh ung thư phổi là hút thuốc lá (90%). Một số bệnh nhân bị ung thư phổi không hút thuốc nhưng đã hít một số lượng đáng kể khói thuốc lá 90% bệnh nhân ung thư phổi đã hút trên 10 điếu thuốc lá một ngày, trong 20 năm. Ngoài ra, những người có nhiều nguy cơ ung thư phổi là công nhân tiếp xúc với bụi silic, tiếp xúc với tia phóng xạ Những công nhân mỏ uranium, fluorspar và hacmatite có thể tiếp xúc với tia phóng xạ do hít thở không khí có chứa khí radon.

Ở hầu hết các bệnh ung thư, kết quả điều trị tốt nhất khi ung thư được phát hiện sớm và điều trị kịp thời. Ví dụ có 50% bệnh nhân được phẫu thuật cắt bỏ khối u sống thêm được 5 năm, tuy nhiên số bệnh nhân này còn ít. Trong tất cả các bệnh nhân bị ung thư phổi chỉ có 10% sống thêm được 5 năm sau khi được chẩn đoán.

Hiện nay, có nhiều phương pháp điều trị mới đưa chất đồng vị phóng xạ vào phế quản, điều trị bằng tia xạ, điều trị bằng laser, các thuốc hoá chất mới, những nghiên cứu sinh học phân tử đang được tiến hành và đã thu được một số kết quả

Tuy nhiên, để tránh tình trạng ung thư phổi yếu tố quan trọng nhất là giảm số người hút thuốc lá, cải thiện vệ sinh công nghiệp, và tránh tiếp xúc với bụi silic.

CHƯƠNG 9
CÁC BỆNH ĐƯỜNG TIẾT NIỆU

Nhiễm trùng đường tiểu

Nhiễm trùng đường tiểu là một bệnh tương đối phổ biến, bệnh cảnh rất đa dạng, có thể từ không có triệu chứng gì đến những thể nặng có thể gây chết người.

Tác nhân gây nhiễm trùng tiểu thường là do vi trùng, vi nấm...

Nhiễm trùng tiểu dễ xảy ra ở một số người tắc nghẽn đường tiểu (sỏi đường tiểu, u tuyến tiền liệt ở nam...); phụ nữ có thai; tiểu đường, cao huyết áp...

Triệu chứng:

- Không có triệu chứng, vô tình đi xét nghiệm mới biết bị bệnh.

- Thường gặp tiểu gắt, tiểu khó, tiểu lắt nhắt...

- Nặng hơn, bệnh nhân có biểu hiện của nhiễm trùng toàn thân: sốt cao, lạnh run, môi khô, lưỡi bẩn.

- Đau quặn bụng hoặc vùng hố thắt lưng.

- Tiểu gắt, tiểu khó, tiểu đau, nước tiểu đục có thể có máu. Trường hợp này nếu không giải quyết kịp thời bệnh diễn tiến nặng có thể gây tử vong.

- Nhiễm trùng tiểu cấp, không biến chứng nếu được điều trị đúng sẽ khỏi hẳn, không để lại biến chứng.

- Một số trường hợp nhiễm trùng tiểu tái phát nhiều lần, những trường hợp này phải đến thăm khám tại cơ sở y tế để tìm nguyên nhân gây nhiễm trùng tiểu.

Nếu không được điều trị đúng, bệnh diễn tiến nặng đưa sẽ đến biến chứng nhiễm trùng huyết, choáng nhiễm trùng dẫn đến tử vong hoặc bệnh sẽ tiến triển dần đến viêm thận mãn tính.

Vì vậy, khi thấy tiểu khó, đặc biệt có kèm sốt nên đến khám bác sĩ để có chẩn đoán chính xác và điều trị thích hợp.

BS Lê Thị Tuyết Phượng

Bệnh tiểu ra máu

Thông thường, khi nói đến tiểu máu là người ta nghĩ ngay rằng nước tiểu có màu đỏ, màu đỏ là do nhiều hồng cầu bị vỡ ra, hoặc khi tiểu ra cả cục máu thì sẽ thấy màu đỏ sậm. Trường hợp này trong y khoa gọi là tiểu máu đại thể. Còn trong thực tế, nước tiểu không có màu đỏ, thậm chí còn hơi vẩn đục nhưng các thầy thuốc vẫn gọi là tiểu máu. Nếu làm xét nghiệm soi loại nước tiểu này qua kính hiển vi thấy có nhiều hồng cầu gọi là tiểu máu vi thể. Tại sao lại đi tiểu ra máu? Chúng ta có thể xác định chắc chắn rằng khi có tiểu máu, nghĩa là thận và đường tiểu gồm niệu quản, bọng đái và niệu đạo đều có thể bị tổn thương.

Nguyên nhân

- Do sỏi ở thận và đường tiểu. Những viên sỏi nhỏ dễ di động làm xây xát niêm mạc dễ gây chảy máu. Thường tiểu máu do sỏi làm cho người bệnh bị những cơn đau quặn thận.

- Do những tổn thương ở đường tiểu vì bị viêm nhiễm trùng, nhất là viêm do lao thận.

- Do ung thư gây ra tiểu máu, đây là dạng tiểu máu nguy hiểm nhất, vì đôi khi đột nhiên xuất hiện và tự nhiên hết, dễ làm bạn bỏ qua.

- Do những chấn thương ở đường tiểu như vỡ thận, giập bọng đái, niệu đạo...

Khi tiểu ra máu, có thể nào xác định vị trí gây chảy máu không? Câu trả lời là có. Từ quả thận đến niệu quản, bọng đái và cuối cùng là niệu đạo đều nấp ở trong cơ thể, không nhìn thấy được chỗ nào chảy máu, nhưng trong y khoa có một phương pháp có thể xác định được vị trí tổn thương, đó là nghiệm pháp ba ly. Nghĩa là sử dụng ba cái ly nhỏ cho người bệnh tiểu vào lần lượt ba ly.

Có thể xuất hiện ba trường hợp:

- Nếu ly đầu tiên có máu đỏ, các ly sau không có máu đỏ gọi là tiểu máu đầu dòng, có thể nghĩ trường hợp này do chảy máu ở vùng niệu đạo.

- Nếu chỉ có ly cuối cùng thấy đỏ, gọi là tiểu máu cuối dòng, có thể nghĩ là do bọng đái chảy máu.

- Nếu cả ba ly đều có máu, trường hợp này có thể nghĩ tới tổn thương ở thận.

Làm sao phân biệt được nước tiểu đỏ nhưng không phải tiểu máu? Một số thuốc có chứa chất màu khi uống vào làm cho nước tiểu có màu đỏ, thí dụ như loại thuốc có tính chất sát trùng đường tiểu là Mictasol bleu có màu xanh, làm cho nước tiểu màu xanh. Đối với phụ nữ trong thời kỳ kinh nguyệt, máu từ âm đạo có thể rỉ ra lẫn vào nước tiểu, nhưng đây là trường hợp nước tiểu dính máu, chứ không hoà lẫn máu trong nước tiểu.

Khi có những dấu hiệu đi tiểu ra máu, bạn cần đến khám ngay nơi bác sĩ.

BS Lê Thiện Anh Tuấn

Đau thận

Một số người mỗi khi thấy đau lưng thường hay nghĩ tới bệnh thận. Điều này có hoàn toàn đúng? Thực chất chỉ bị đau lưng hay đau bụng thôi thì không thể khẳng định bệnh gì ngay được, cần phải biết được một số biểu hiện đi kèm. Triệu chứng mang tính đặc hiệu có thể nghĩ tới bệnh thận là cơn đau quặn ở vùng thắt lưng được y khoa gọi là cơn đau quặn thận.

Thông thường, cơn đau quặn thận xảy ra đột ngột sau một cử động mạnh, sau khi làm việc mệt mỏi, hoặc có sự thay đổi về tư thế như đang nằm đột nhiên bật đứng dậy, cơn đau cũng hay xuất hiện khi đang sử dụng các loại thuốc có tính lợi tiểu hoặc nước khoáng... Một số người có những dấu hiệu báo trước như đau ngang vùng thắt lưng, đi tiểu khó hoặc tiểu ra máu. Trong cơn đau, người bệnh cảm thấy đau đến mức quằn quại, có khi đau ngang bụng chạy xuống dưới tận bộ phận sinh dục. Cơn đau có thể kéo dài từ một đến hai giờ, có khi kéo dài hơn. Biểu hiện đi kèm: Đau làm vã mồ hôi, sốt, buồn nôn, tâm trạng lo lắng, có cảm giác muốn đi tiểu mặc dù không có nước tiểu. Một đặc điểm đáng chú ý là trong cơn đau nếu dùng một số thuốc giảm đau thông thường như Paracetamol (thường có tên Panadol, Efferalgan...) sẽ không thấy giảm đau.

Một nguyên nhân thường gặp nhất là do sỏi thận và sỏi ở niệu quản (là đường dẫn nước tiểu từ thận đưa xuống bọng đái hay còn gọi là bàng quang). Trong thực tế, những viên sỏi nhỏ nằm trong thận hay niệu quản lại gây đau quặn nhiều hơn so với viên sỏi lớn, vì sỏi nhỏ dễ di động cọ xát và gây chảy máu. Do đó, trong cơn đau quặn thận, người bệnh hay gặp chứng đái ra máu. Chính vì vậy mà những người thấy đau nhiều không nên lo quá bởi viên sỏi nhỏ có thể được làm tan sau khi uống thuốc mà không cần phải mổ lấy sỏi. Lao thận cũng có thể gây cơn đau quặn thận, nhưng ít gặp hơn (biểu hiện chủ yếu của lao thận là đi tiểu ra máu).

Ngoài ra, cơn đau quặn thận có thể thấy ở người bị ung thư thận và chủ yếu phát hiện triệu chứng tiểu ra máu đi kèm với cơn đau.

Làm sao phân biệt cơn đau quặn thận với cơn đau khác?

Đặc tính điển hình của cơn đau quặn thận là cơn đau xảy ra đột ngột dữ dội và lan xuống bộ phận sinh dục vùng thắt lưng phía sau rất đau. Trong cơn đau, người bệnh đi tiểu rất nhiều hoặc tiểu khó, có thể thấy mủ trong nước tiểu hoặc nước tiểu có máu. Cần lưu ý, tiểu ra máu có thể nhận thấy là nước tiểu có màu đỏ gọi là tiểu máu đại thể, còn đi tiểu không có màu đỏ nhưng xét nghiệm

nước tiểu có nhiều hồng cầu gọi là tiểu máu vi thể Cần phân biệt với đau vùng bụng trong các bệnh sau đây:

- Cơn đau quặn gan: Thường đau dưới mạn xương sườn bên phải sau khi đau có sốt và vàng da.

- Cơn đau do viêm ruột thừa: Đau nhiều ở vùng gần bẹn phía bên phải (gọi là hố chậu phải). Khi đau cũng có sốt, nhưng nếu ấn tay vào vùng bị đau thì làm cho người bệnh giật nảy lên hoặc thót bụng lại khi thả tay ra.

- Cơn đau do loét hay thủng dạ dày: Thường đau vùng bụng ở giữa, phía trên rốn (người dân hay gọi vùng này là vùng chấn thủy). Đau không lan xuống bộ phận sinh dụ c. Cơn đau do loét hay thủng dạ dày gặp ở người có loét bao tử từ trước hoặc sau một đợt uống quá nhiều rượu.

- Cơn đau bụng do tắc ruột: Đây cũng là biểu hiện của đau bụng cấp tính. Thường có thể phát hiện được dấu hiệu nổi cộm ngoằn ngoèo như có sóng ở bụng.

- Một số trường hợp của cơn đau thắt ngực trong bệnh tim mạch không rõ ràng, tức là đau không lan lên trên vai mà lan xuống dưới bụng làm dễ lầm với cơn đau quặn thận nhưng không bao giờ lan xuống bộ phận sinh dục. Trong khi đó, có những cơn đau quặn thận lại đau lan lên trên là m cho người ta dễ nhầm với cơn đau thắt ngực. Tuy nhiên, những trường hợp này ít gặp.

Trên đây là một số trường hợp dễ lầm với cơn đau quặn thận. Trong thực tế có nhiều cơn đau bụng đi kèm với cơn đau vùng thắt lưng lại là những cơn đau không phải do bệnh thận. Việc tìm đến các thầy thuốc sẽ giúp cho bạn một lời xác định chắc chắn hơn khi bạn còn đang nghi ngờ chưa rõ

BS Lê Thiện Anh Tuấn

Sỏi đường niệu

Một bệnh nhân nam 46 tuổi chỉ đau sơ sơ ở thắt lưng gần một năm nay. Nhân dịp lên thành phố, ông đi khám bệnh và được

biết là bị sạn thận dạng san hô, cần phải phẫu thuật. Sau khi mổ lấy sạn, bác sĩ cho biết thận của ông ứ nước và giảm chức năng; nhưng may mắn là ông đến khám và chữa bệnh không quá trễ nên thận chưa bị hư hại hoàn toàn.

Nguyên nhân

Sỏi thận (còn gọi là sạn thận) là một dạng của sỏi đường niệu, có thể gặp ở bất kỳ cơ quan nào trong hệ niệu. Có hai nguyên nhân gây sỏi đường niệu:

- Rối loạn chuyển hóa: U lành tuyến cận giáp làm tăng canxi trong máu và nước tiểu; nước tiểu chứa nhiều canxi nên dễ tích tụ lại và sinh ra sỏi. Nguyên tắc điều trị loại sỏi này là cắt bỏ u lành tuyến cận giáp.

- Tắc nghẽn đường tiểu bẩm sinh hay mắc phải ở đài thận, bể thận, niệu quản, bàng quang, niệu đạo, tuyến tiền liệt; có bệnh tại bộ niệu hay chung quanh bộ niệu làm nghẽn đường tiểu, nước tiểu không chảy được và sinh ra sỏi. Nguyên tắc điều trị là loại bỏ nguyên nhân gây bế tắc đường tiểu.

Triệu chứng

70% trường hợp sỏi thận một bên chỉ có triệu chứng đau lưng đơn thuần; vì thế cần hết sức lưu ý và nên đi khám bệnh ngay để phát hiện và điều trị sớm nhằm tránh các tác hại xấu và nặng do sỏi gây ra. Ngoài ra, bệnh nhân có thể có các triệu chứng như: đái buốt, đái ra sỏi, đái ra máu, đái đục như mủ

Sỏi thận nếu nhỏ, khu trú ở một đài thận rất ít khi gây biến chứng. Tuy nhiên nếu không kịp thời điều trị, sỏi niệu sẽ gây tổn thương cho thận, làm giãn nở hoặc gây hẹp đường tiểu do phản ứng xiêm xơ hóa và càng làm tăng hiện tượng tắc nghẽn đường tiểu. Tắc nghẽn đường tiểu lại càng ảnh hưởng xấu đến chức năng thận, dễ gây nhiễm trùng và viêm đường tiểu, lâu dần đường tiểu bị xơ hóa và tắc nghẽn càng nặng, gây vô niệu hoặc làm giảm chức năng thận trầm trọng.

Điều trị

Nếu sỏi nhỏ, không có gai sẽ có cơ may được dòng nước tiểu tống thoát ra ngoài, không cần uống thuốc, chỉ cần uống nhiều nước. Sỏi nhỏ còn có thể thoát ra ngoài bằng cách uống thuốc lợi tiểu, thuốc làm giãn đường tiểu hoặc thuốc làm tan sỏi (với sỏi urat ta dùng thuốc làm kiềm hóa nước tiểu, với sỏi phosphat ta dùng thuốc làm acid hóa nước tiểu). Sỏi còn có thể được lấy ra bằng các thủ thuật như nong đường tiểu, lôi sỏi qua nội soi, tán sỏi ngoài cơ thể, lấy sỏi qua da... Nếu các phương pháp trên thất bại thì phải mổ (hay còn gọi là mổ hở).

Bệnh nhân cần đến thầy thuốc chuyên khoa khám và chữa bệnh để được theo dõi và đánh giá định kỳ về chức năng thận và tình trạng nước tiểu về phương diện vật lý - mô học, vi khuẩn học...

BS Nguyễn Ngọc Tiến (Bệnh viện Bình Dân TP HCM

Dinh dưỡng cho người bị sỏi thận

Sỏi thận xuất hiện khi trong nước tiểu có quá nhiều thành phần không hoà tan được. Nguyên nhân có thể do:

- Thể tích nước tiểu được bài tiết quá ít do uống nước ít hoặc điều kiện làm việc không thuận lợi, không có điều kiện uống nước hoặc đi tiểu "thoải mái"... lượng nước vào ít nên cơ thể "tiết kiệm" nước và bài tiết nước tiểu ít đi so với bình thường.

- Bài tiết quá mức một số hợp chất chọn lọc: Nếu dinh dưỡng không hợp lý, ăn uống quá mức một số thực phẩm thì cơ thể sẽ thải bớt phần thừa này qua nước tiểu, nồng độ các chất này trong nước tiểu tăng cao, chúng dễ ứ đọng lại và hình thành sỏi thận.

- Một số yếu tố như dị tật đường tiểu... gây tắc nghẽn hoặc làm ứ đọng nước tiểu trên đường bài tiết nước tiểu.

- Hoặc do nhiều yếu tố khác như độ pH của nước tiểu không phù hợp với chế độ ăn (như độ pH nước tiểu có tích acid mà bệnh nhân lại ăn nhiều thức ăn làm acid hoá nước tiểu)... làm giảm sự hoà tan các chất trong nước tiểu nên các chất này dễ ứ đọng lại và tạo sỏi.

Chế độ ăn người bị sỏi thận

- Tất cả bệnh nhân sỏi thận đều cần phải uống nhiều nước; nếu có thể, mỗi ngày nên uống hơn 1,5 lít nước.

- Bệnh nhân có sỏi urat cần theo nguyên tắc: Dùng các thức ăn làm kiềm hoá nước tiểu, giúp loại bỏ acid urique dưới dạng những urat kiềm dễ hoà tan. Đó là những thức ăn thực vật (trái cây và rau), sữa và các sản phẩm từ sữa.

Ngoài các thứ vừa kể, bệnh nhân có thể ăn không hạn chế mì, nui, bánh mì, đường và mật ong; cần hạn chế những thức ăn giàu acid uricque như cá mòi, cá hồi, gan, cật, óc, thịt heo, thịt nai, gà, vịt, chim bồ câu, bông cải, nấm và măng tây. Cần theo dõi thường xuyên độ pH của nước tiểu và giữ cho độ pH nước tiểu luôn lớn hơn hoặc bằng 7,5.

- Đối với bệnh nhân có sỏi calci: Nếu lượng calci thải ra trong nước tiểu ở mức bình thường thì dùng các thức ăn làm toan hoá (acid hoá) nước tiểu. Các thức ăn này chủ yếu có nguồn gốc từ động vật như: cá, thịt bò, thịt gia cầm, phomát và ngũ cốc. Lưu ý rằng thức ăn làm toan hoá nước tiểu không phải là thức ăn có vị chua; chẳng hạn như chanh tuy chua nhưng lại kiềm hoá nước tiểu.

Nếu lượng calci thải trong nước tiểu cao quá mức, trên 300mg, bệnh nhân cần giảm bớt lượng calci trong thực phẩm, hạn chế sữa và các sản phẩm từ sữa.

BS Bùi Thị Hoàng Mai (Trung tâm Dinh dưỡng trẻ em

Suy thận và ghép thận

Thận là cơ quan nằm sâu sau phúc mạc ngoài ổ bụng, được thành hông lưng che chở. Mỗi người có hai quả thận giữ nhiệm vụ bài tiết chất thải và điều hoà nhiều chức năng của cơ thể thông qua bài tiết các hoóc môn. Vì nhiều bệnh khác nhau, thận có thể suy, không hồi phục, dẫn đến việc bài tiết nước tiểu kém hoặc không bài tiết được nữa, khiến cơ thể không thải được chất độc.

Ở bệnh nhân suy thận giai đoạn cuối, lượng chất thải như nước, u rê, creatinine, kali... ứ đọng trong máu tăng cao hoặc xuất hiện tình trạng toan huyết, có thể dẫn đến tử vong do cơ thể bị ngộ độc. Ngoài ra, suy thận còn dẫn đến các tình trạng thiếu máu nặng, cao huyết áp, loãng xương, liệt dương...

Có hai dạng suy thập: cấp tính và mãn tính.

- Suy thận cấp tính có thể do ngộ độc thuốc, choáng vì nhiều nguyên nhân, các bệnh của cầu thận, sỏi thận và niệu quản hai bên. Trong những trường hợp này, thận tạm ngừng hoạt động, sau khi chữa trị, có thể hồi phục.

- Suy thận mạn có thể do nhiều nguyên nhân: bệnh ngoài thận (bệnh tự miễn, đái tháo đường). Bệnh tại thận bao gồm bệnh của cầu thận (thận hư, viêm cầu thận, xơ hoá cầu thận), bệnh ống thận và mô kẽ (viêm thận ngược dòng, viêm mô kẽ, lao thận...). Bệnh sau thận gồm sỏi thận, tắc đường tiểu mạn tính do nhiều nguyên nhân (u lành tuyến tiền liệt, hẹp niệu đạo...). Có thể phòng ngừa suy thận mạn nếu các bệnh nhân trên được kịp thời phát hiện và điều trị. Tuy nhiên, có những bệnh như xơ hoá cầu thận, dù biết trước cũng khó làm gì hơn là chờ đến khi suy thận mới can thiệp.

Khi suy thận, người bệnh cần bình tĩnh nghe theo lời chỉ dẫn của bác sĩ chuyên khoa, không nên tin vào lời mách nước của những người không có chuyên môn. Người bệnh cần theo kế hoạch điều trị và theo dõi các chỉ số sinh hoá của máu để nắm vững và theo sát tình trạng bệnh. Người bị suy thận mạn có thể áp dụng một trong hai biện pháp điều trị sau:

- Chạy thận nhân tạo: Thận nhân tạo có khả năng lọc chất thải ứ đọng trong cơ thể. Biện pháp này có nhiều hạn chế như phải chạy thận trung bình mỗi tuần 3 lần, mỗi lần 4 giờ, người bệnh lệ thuộc vào máy, chất lượng cuộc sống kém; có thể bị lây nhiễm chéo do nhiều người dùng chung một máy. Ngoài ra, thận nhân tạo không sửa chữa được chức năng nội tiết (phải dùng thuốc tạo máu hoặc truyền máu, vẫn còn khả năng bị loãng xương, cao huyết áp...).

- Ghép thận: Là một phẫu thuật, lấy một quả thận còn hoạt động tốt từ cơ thể người cho thận đặt vào cơ thể người suy thận (người nhận thận). Sau ghép, bệnh nhân không phải lệ thuộc vào máy, chi phí về lâu dài thấp hơn 30%-40% so với chạy thận nhân tạo. Tuy nhiên, người nhận thận vẫn phải tiếp tục khám và theo dõi chặt chẽ vì có thể bị thải ghép cấp tính hoặc mạn tính. Ngoài ra, do phải dùng thuốc ức chế miễn dịch nên cơ thể rất dễ bị nhiễm các bệnh do vi trùng và siêu vi.

Đối tượng ghép thận là người đã được xác định là suy thận mãn giai đoạn cuối (có thể đang chạy thận nhân tạo, lọc màng bụng...), sức khỏe chịu đựng được cuộc mổ, không bị nhiễm các bệnh như lao, bệnh do vi rút nguy hiểm như viêm gan C, HIV...

Các nguồn thận có thể sử dụng cho ghép thận là từ cơ thể sống của người thân trực hệ hoặc từ vợ chồng, bạn bè, người hiến thận tự nguyện. Cũng có thể từ người đã chết não, ngưng thở (phải thở máy) nhưng tim chưa ngừng đập hoặc vừa ngừng tim (nhưng chỉ có 15-30 phút để lấy thận, trường hợp này cho kết quả thấp).

BS Nguyễn Ngọc Sinh (Đại học Y Dược TP HCM)

Bệnh tiểu đường

Tiểu đường là một bệnh nguy hiểm về lâu dài. Cần biết phát hiện sớm trước khi có biến chứng xảy ra như lao phổi, mờ mắt, suy thận, hoại thư chân, tai biến mạch máu não, nhồi máu cơ tim, mù lòa...

Ngày nay, định nghĩa bệnh tiểu đường theo Tổ chức Sức khỏe thế giới không phải chỉ là tiểu ra đường mà là có lượng đường trong máu cao thường xuyên một cách bất thường.

Bệnh tiểu đường gặp ở mọi lứa tuổi, nam cũng như nữ. Trẻ sơ sinh cũng có thể mắc bệnh tiểu đường. Bệnh thường gặp ở người béo mập, ít lao động, sống ở đô thị. Bệnh thường gặp nhiều ở người:

- Quá 50 tuổi, ngoại hình mập mạp, ăn nhiều, cân nặng, huyết áp tăng, cholesterol trong máu thừa.

- Phụ nữ sinh con to, nặng trên 4 kg hay gặp khó khăn trong việc sinh nở sẩy thai, sinh non, độc thai...

- Trẻ nhỏ thường đi tiểu đêm, đái dầm, gầy, biếng ăn, học kém, đau bụng vặt, buồn nôn, bụng đau như có lãi hay nghẹn ruột.

- Phụ nữ hay ngứa ngáy toàn thân hay ở bộ phận sinh dục.

- Thanh niên to khỏe nhưng yếu sinh lý. Bị viêm nhiễm tái đi tái lại khó trị dứt điểm ở bộ phận sinh dục, hệ thống hô hấp, thận, lao phổi.

- Bị nhồi máu cơ tim, huyết áp cao.

- Có ghẻ lở ngoài da, nấm mốc, da vảy nến.

- Tê bại, loét bọng đái, mắc bệnh thần kinh, tê chân, hoại tử chân, thấy mờ mắt.

Cũng cần dựa vào các yếu tố có thể đưa đến bệnh tiểu đường:

- Khi có cha mẹ bị bệnh tiểu đường, 5% các con của họ có thể mắc bệnh tiểu đường. Các con của người mắc bệnh tiểu đường cần được chăm sóc kỹ tránh các bệnh do siêu vi (cảm cúm, ho gà, quai bị, ban); các bệnh nội tiết (thượng thận, tuyến yên, tuyến giáp), béo phì, huyết áp cao, nghiện rượu, thuốc lá, lạm dụng vài loại thuốc như corticoid (trị nhức mỏi), progestérone (thuốc ngừa thai).

- Khi uống nước nhiều, đi tiểu nhiều. Uống ngày 3-4 lít nước, đi tiểu xối xả

Nếu nghi ngờ bị tiểu đường cần xét nghiệm chẩn đoán. Xét nghiệm máu tĩnh mạch là phổ biến nhất. Làm xét nghiệm sáng sớm, lúc bụng đói.

Đã biết mắc bệnh tiểu đường phải đến bác sĩ chuyên khoa để

- Phân tích bệnh tiểu đường loại gì: thiếu hay còn insulin...

- Đánh giá tình trạng sức khỏe. Phát hiện các biến chứng, tiên lượng các diễn biến về sau.

- Thảo qui cách chăm sóc, điều trị, ăn uống, sinh hoạt.

Bệnh tiểu đường phổ biến và nguy hiểm, thường dẫn đến biến chứng trên các cơ quan như mắt, thận, não, thần kinh, tim, da...

BS Phạm Văn Đảm

Theo dõi đường huyết tại nhà

Bệnh tiểu đường nếu được chẩn đoán và điều trị sớm và kiểm soát đường huyết tốt sẽ có diễn tiến thuận lợi, không biến chứng. Nếu không được kiểm soát tốt đường huyết do không sớm phát hiện bệnh (giai đoạn đầu bệnh diễn tiến âm thầm) hoặc không tuân thủ lời bác sĩ, người bệnh có thể bị nhiều biến chứng nguy hiểm, tỷ lệ tử vong cao.

Do đó, việc tự theo dõi đường huyết tại nhà giúp phát hiện sớm tiểu đường, kiểm soát tốt đường huyết, giảm biến chứng của bệnh.

Máy đo đường huyết tại nhà hiện nay trên thị trường có rất nhiều loại, khi mua chúng ta nên lựa chọn những loại máy có các đặc điểm: gọn, nhỏ, dễ mang theo trong người; dễ sử dụng; giá rẻ

Cách sử dụng máy (thường giống nhau ở các loại máy):

- Rửa và lau khô bàn tay trước khi thử

- Đâm kim vào ngón tay để chích máu xuống que thử

- Chờ giấy thử đổi màu và so màu với thang màu có sẵn để biết nồng độ đường huyết (nếu chỉ dùng giấy thử).

- Đưa giấy thử vào máy và chờ đọc kết quả trên màn hình (khi dùng máy). Thời gian cần thiết để đọc kết quả tùy thuộc từng loại máy, có máy chỉ cần vài giây, có máy cần vài phút. Trung bình là 1 phút.

- Ghi lại kết quả vào sổ để theo dõi.

Thời gian đo đường huyết thường là buổi sáng sớm trước khi ăn sáng hoặc 2 giờ sau khi ăn. Ngoài ra, có thể đo đường huyết vào

một số thời điểm đặc biệt khác như trước khi đi ngủ, sau khi vận động, sau khi uống rượu...

Nếu đường huyết đang ổn định, có thể thử 1-2 lần/tuần. Nếu đường huyết đang dao động, có thể thử mỗi ngày hoặc theo chỉ định của bác sĩ.

Trị số đường huyết trung bình là 80-120 mg/100 ml (0,8-1,2 g/l).

Ngoài ra, ở những bệnh nhân tiểu đường, cần có chế độ ăn và vận động hợp lý. Chú ý: Ăn nhiều chất xơ, rau xanh; cữ mỡ; tránh thức ăn, thức uống có đường; đi bộ thường xuyên; tránh tăng cân.

BS Lê Thị Tuyết Nhung

Các biến chứng của bệnh tiểu đường

Nhiều bệnh nhân tiểu đường nhập viện trong tình trạng có những biến chứng nguy hiểm: hôn mê tiểu đường, nhồi máu cơ tim, loét và hoại tử nặng chân, đôi lúc phải cắt bỏ chân để cứu sống bệnh nhân. Nguyên nhân gây ra tình trạng nặng nề như vậy một phần do bệnh nhân đã không có chế độ điều trị và chăm sóc bệnh một cách hợp lý.

Biến chứng cấp tính hôn mê

Biểu hiện lâm sàng là rối loạn tri giác rồi đi vào hôn mê.

Hôn mê do tiểu đường thường gặp ở bệnh nhân có các yếu tố như:

- Không tuân thủ điều trị, tự ngưng thuốc đột ngột, đặc biệt ở những bệnh nhân đang được điều trị bằng insulin chính.

- Có thêm một bệnh lý cấp tính khác như: viêm phổi, nhiễm trùng tiểu, nhồi máu cơ tim, mang thai...

- Dùng thuốc bừa bãi không theo sự chỉ dẫn của bác sĩ, nhất là các loại thuốc có ảnh hưởng bất lợi đến diễn biến của bệnh như các loại thuốc lợi tiểu, kháng viêm, corticoid...

- Dùng thuốc điều trị tiểu đường quá liều, làm đường huyết giảm quá mức.

Các biến chứng lâu dài của bệnh tiểu đường

Biến chứng thần kinh: Là biến chứng thường gặp nhất trong bệnh tiểu đường. Các yếu tố có thể làm tăng nguy cơ xảy ra biến chứng thần kinh ở bệnh nhân tiểu đường là thời gian mắc bệnh dài, đường huyết không được kiểm soát tốt, lên xuống bất thường, xơ mỡ động mạch...

Cần lưu ý, các biểu hiện của biến chứng thần kinh thường khởi phát từ từ, nặng dần theo thời gian. Lúc khởi bệnh, do triệu chứng mơ hồ làm bệnh nhân không chú ý đến, khi đã nặng thì khó khăn trong vấn đề điều trị.

Thường bệnh nhân hay có cảm giác tê tê châm chích ở bàn chân, đôi khi ở bàn tay, thỉnh thoảng có những cơn đau như xé thịt, như điện giật ở bàn chân, cẳng chân. Nếu nặng hơn, bệnh nhân bị mất cảm giác nhiều phần trong cơ thể. Kèm theo là nhiều rối loạn khác rất hay gặp:

- Rối loạn tiêu hoá: táo bón hoặc tiêu chảy, đau bụng, buồn nôn, khó nuốt, hay có cảm giác đầy bụng, ăn không tiêu.

- Rối loạn niệu dục: gây bất lực ở nam, tiểu khó, tiểu dầm, dễ bị nhiễm trùng tiểu. Giảm tiết mồ hôi lòng bàn tay, bàn chân.

- Yếu và teo cơ.

- Liệt các dây thần kinh sọ não: gây sụp mi, lé mắt, méo miệng...

Biến chứng tim mạch: Đây là một trong những nguy cơ gây tử vong ở bệnh nhân tiểu đường, biểu hiện rất đa dạng:

- Xơ cứng động mạch: Gây cao huyết áp, thiếu máu cơ tim, nhồi máu cơ tim, đột quị...

- Viêm động mạch chi dưới: Gây đau chân, da chân lạnh có thể có màu tím đỏ, teo cơ và cuối cùng dẫn đến hoại tử chân, phải cưa chân.

- Loét chân: Đặc biệt hay xảy ra ở bệnh nhân bị mất cảm giác, khi có vết thương nhỏ do kim đâm, đứt chân, giẫm phải thủy tinh mà không biết, dẫn đến loét chân.

Đáng lưu ý, biến chứng ở thận là một biến chứng thường gặp và gây tử vong nhiều nhất trong bệnh tiểu đường. Bệnh nhân sẽ bị phù, cao huyết áp, đi tiểu ra chất đạm (nước tiểu màu trắng đục có nhiều bọt), cuối cùng dẫn đến suy thận và tử vong. Thường dấu hiệu sớm nhất của biến chứng này là sự xuất hiện lượng nhỏ protein trong nước tiểu, gọi là tiểu đạm.

Biến chứng ở mắt: Là nguyên nhân chính gây ra mù loà ở nhiều người bệnh, đặc biệt tại các nước phát triển. Biến chứng ở mắt được biểu hiện dưới nhiều hình thức khác nhau: mù đột ngột, đục thủy tinh thể (nhân dân ta hay gọi là cườm khô), tăng nhãn áp, xuất huyết, xuất tiết trong mắt.

Biến chứng da xương khớp: Da hay sậm màu ở mặt trước cẳng chân. Đau nhức xương khớp, cứng khớp cũng có thể xảy ra.

Biến chứng nhiễm trùng: Bệnh nhân tiểu đường sức đề kháng cơ thể giảm, rất dễ bị nhiễm trùng, thường gặp các bệnh lao phổi, nhiễm trùng tiểu, nhiễm trùng sinh dục.

Để hạn chế tối đa các biến chứng này, cần lưu ý những vấn đề sau đây:

1. Phải nghe theo sự chỉ dẫn của bác sĩ điều trị.

2. Không được tự ý ngưng thuốc đột ngột.

3. Không được tự ý tăng liều thuốc mà chưa có sự đồng ý của bác sĩ điều trị.

4. Phải đến bác sĩ khám bệnh ngay khi có bất kỳ triệu chứng bất thường nào xảy ra.

5. Có chế độ kiểm soát đường huyết tốt, không để xảy ra tình trạng đường máu tăng hoặc giảm quá mức.

6. Phải được thăm khám định kỳ tình trạng: tim mạch, mắt, nước tiểu, da, xương, khớp.

7. Chăm sóc bàn chân mỗi ngày.

8. Có chế độ dinh dưỡng và rèn luyện cơ thể hợp lý.

Trước đây, người ta cho rằng đã mắc bệnh tiểu đường thì đương nhiên sẽ bị nặng lên vì các biến chứng của nó. Nhưng ngày nay, khoa học đã chứng minh nếu được phát hiện sớm, điều trị tích cực, kiểm soát đường huyết chặt chẽ thì sẽ giảm đáng kể hầu hết các biến chứng.

BS Lê Thị Tuyết Phượng

Bệnh võng mạc tiểu đường

Võng mạc tiểu đường là một bệnh của các mạch máu võng mạc do tiểu đường gây ra. Bệnh võng mạc tiểu đường là nguyên nhân hàng đầu gây mù loà ở các nước phát triển. Ở Việt Nam, xu hướng trên phát triển tương tự. Tỷ lệ của bệnh võng mạc tiểu đường gia tăng với thời gian bị tiểu đường. Khoảng 60% bị bệnh tiểu đường 15 năm hoặc hơn và sẽ có vài tổn thương mạch máu và có một tỷ lệ nguy cơ phát triển thành mù loà.

Bệnh võng mạc tiểu đường cơ bản là giai đoạn sớm của bệnh võng mạc tiểu đường và tiến triển chậm chạp trong nhiều năm. Võng mạc thường cho thấy dấu hiệu của những đốm nhỏ hoặc những lắng đọng mỡ. Phần lớn bệnh nhân không bị mất thị lực, ngoại trừ việc mờ dần dần và thường không được chú ý. Ở một vài bệnh nhân, các mạch máu rò rỉ tại điểm vàng, nơi chịu trách nhiệm cho thị lực trung tâm, gây mất thị lực.

Một phương pháp chụp hình đặc biệt rất có ích trong việc phát hiện sớm những ảnh hưởng của bệnh võng mạc tiểu đường là chụp mạch huỳnh quang và được chỉ định bởi bác sĩ nhãn khoa. Thủ thuật gồm có tiêm một chất nhuộm màu qua tĩnh mạch ở cánh tay vào dòng máu. Khi chất nhuộm màu được mang đến mắt, những bức ảnh của võng mạc sẽ được chụp, cho thấy những vùng bị rò rỉ hoặc những vùng tưới máu kém.

Còn đối với võng mạc tăng sinh, phát triển từ bệnh võng mạc cơ bản và chịu trách nhiệm làm hầu hết những trường hợp mất thị lực ở bệnh nhân tiểu đường. Những mạch máu mới mọc (tăng sinh)

trên bề mặt của võng mạch và thần kinh thị giác. Những mạch máu còn non này có khuynh hướng bị vỡ và máu chảy vào khoang pha lê thể Những mô sẹo có thể mọc từ những mạch máu vỡ và sẽ làm co kéo trên võng mạc, làm bong võng mạch và kết quả là mất thị lực.

Những mạch máu mới tăng sinh còn có thể mọc trên mống mắt và gây ra mặt dạng tăng nhãn áp và từ đó sẽ đưa đến mù loà Khi chảy máu xảy ra ở bệnh võng mạch tăng sinh, bệnh nhân thấy như nhìn qua làn khói hoặc mất hoàn toàn thị lực. Dù không có triệu chứng đau, hình thái nghiêm trọng này của bệnh võng mạc tiểu đường đòi hỏi phải điều trị ngay.

Điều trị

Về điều trị, việc kiểm soát đường huyết và huyết áp rất quan trọng, nhưng bệnh võng mạc có thể tiến triển xấu bất chấp tất cả các nỗ lực điều trị nội khoa.

Nếu bệnh võng mạc tiểu đường được phát hiện sớm, quang đông võng mạc bằng laser có thể ngừng phát triển của tổn thương.

Ngay cả trong thời kỳ tiến triển của bệnh, laser có thể làm giảm bớt nguy cơ mất thị lực nghiêm trọng. Điều trị laser được dùng để hàn gắn lại hoặc loại trừ những mạch máu bị rò bất thường. Thủ thuật này làm hội tụ nguồn năng lượng của ánh sáng laser trên võng mạch bị tổn hại. Những nốt đỏ của năng lượng laser hàn gắn lại những mạch máu bị rò và tạo nên những sẹo nhỏ trong mắt. Những sẹo này làm giảm việc sinh ra tân mạch và làm cho những tân mạch đã có sẵn bị co lại và đóng hẳn lại.

CHƯƠNG 10
CÁC BỆNH ĐƯỜNG TIÊU HOÁ

Bệnh dịch tả

Bệnh dịch tả là loại bệnh gây tiêu chảy do ruột non bị nhiễm một loại vi khuẩn đặc biệt (vi khuẩn tả). Vi khuẩn tả có khả năng lây lan gây ra dịch nếu ta không có biện pháp phòng ngừa tốt.

Vi khuẩn tả chỉ gây bệnh ở bề mặt ruột non, không hủy hoại thành ruột non, không vào máu, do đó bệnh nhân thường chỉ bị tiêu chảy, không đau bụng, không sốt. Phân tiêu chảy có mùi tanh khó chịu. Đa số bệnh nhân tiêu chảy vài lần rồi khỏi. Những bệnh nhân nặng tiêu chảy ồ ạt, xối xả thường xuyên tiêu chảy hoặc rỉ rả liên tục, vẫn không đau bụng, không sốt. Sau khi tiêu chảy nhiều lần, bệnh nhân nôn, có thể dữ dội. Khi bệnh nhân bị tiêu chảy và nôn sẽ dẫn đến tình trạng mắt trũng, tay chân lạnh, đầu ngón tay móp, vọp bẻ (chuột rút), thều thào nói không thành tiếng. Tình trạng này có thể xảy ra sau vài ba giờ tiêu chảy, nếu không điều trị kịp thời bệnh nhân sẽ chết do tình trạng mất nước, nhất là trẻ em và người già

Môi trường nước kém vệ sinh là môi trường thuận lợi cho vi khuẩn tả phát sinh, phát triển. Ngoài ra ruồi có thể tiếp xúc với phân, chất nôn ói của bệnh nhân đưa vào miệng cũng là một nguyên nhân gây bệnh dịch tả

Cách phòng bệnh dịch tả hữu hiệu nhất hiện nay là

- Phải chú ý vệ sinh cá nhân và vệ sinh môi trường tốt: rửa tay sạch sẽ trước khi ăn, ăn thức ăn chín, nên hâm nóng trước khi ăn.

- Thức ăn sống như rau sống, trái cây phải được rửa sạch.

- Xử lý phân, rác sạch không để lan tràn ra ngoài.

- Diệt và tránh ruồi bu vào thức ăn, thức uống.

Điều trị

Nhiều bệnh nhân mắc bệnh dịch tả bị tử vong là do tình trạng mất nước nặng. Chính vì vậy, trước khi đưa bệnh nhân đến nơi điều trị, phải tạm thời cho uống nhiều nước, tốt nhất là nước Oresol, 1 gói pha với một lít nước chín, hoặc các loại nước pha chế sau đây:

- Nước muối đường: Một lít nước chín, một muỗng cà phê loại 5 ml (5 g) muối bột, 8 muỗng cà phê loại 5 ml (40 g) đường cát.

- Nước cháo muối: Một lít nước chín, một nắm (50 g) gạo (để nguyên xác gạo hoặc đánh nhuyễn ra uống không bỏ xác), muối bột hai nhúm (mỗi nhúm gọn giữa ba ngón tay cái, trỏ và giữa 3,5 g). Không để thừa hoặc thiếu muối.

Nguyên tắc cho bệnh nhân uống Oresol hoặc các loại nước pha chế

- Cho bệnh nhân uống sớm nhất, tốt nhất là ngay sau lần tiêu chảy đầu tiên.

- Cho bệnh nhân uống không để khát nước.

- Bệnh nhân còn tiêu chảy còn cho uống.

- Nếu bệnh nhân nôn, cho uống thường xuyên mỗi lần một ít. Nếu bệnh nhân được cho uống đầy đủ như thế, hầu hết sẽ khỏi bệnh.

Hãy bỏ quan niệm sai lầm bệnh nhân tiêu chảy là do nước uống vào, nên không cho bệnh nhân uống. Nước tiêu chảy là nước từ cơ thể bệnh nhân tiết ra, uống nước để bù lại số lượng nước mất, giúp bệnh nhân thoát khỏi nguy hiểm. Nên chú ý, nước cho bệnh nhân uống là nước Oresol hoặc nước pha chế theo thành phần trên mới có đủ chất cho nước hấp thụ vào cơ thể

Những bệnh nhân bị tiêu chảy, dịch tả cần được ăn, bú (đối với trẻ) đầy đủ hơn người bình thường, bệnh nhân được dinh dưỡng tốt sẽ mau lành bệnh. Trong lúc đang bị tiêu chảy nặng,

bệnh nhân có thể ăn, bú ít do yếu sức, cần được cho ăn, bú nhiều lần, thức ăn lúc đầu có thể là cháo thịt dần dà trở lại thức ăn bình thường càng sớm càng tốt, nếu có điều kiện cho thức ăn có chất dinh dưỡng cao ít nhất trong một tuần sau khi hết tiêu chảy.

BS Nguyễn Thế Dũng
(Trung tâm Bệnh Nhiệt đới TP HCM

Bệnh lỵ Amíp

Lỵ Amíp là tình trạng nhiễm trùng ở ruột già do Entamoeba histolyca. Ở Việt Nam, tỷ lệ người lành mang mầm bệnh có nơi đến 25%, tại thành phố Hồ Chí Minh tỷ lệ trung bình là 8%. Lứa tuổi mắc bệnh nhiều nhất từ 20 đến 30, trẻ em dưới 5 tuổi ít mắc bệnh.

Bệnh lỵ Amíp dễ hoành hành trong điều kiện sinh hoạt kém, ăn uống thiếu vệ sinh, vệ sinh ngoại cảnh thấp, rác chung quanh nhà tạo điều kiện cho ruồi phát triển và mang Amíp gieo rắc khắp nơi. Đây là bệnh lây qua đường tiêu hoá Amíp theo thức ăn, nước uống vào miệng; khi đến ruột thì xâm nhập vào niêm mạc ruột, gây ra những vết loét nhỏ trong lòng ruột và biểu hiện bên ngoài bằng hội chứng lỵ.

Triệu chứng

Thường gặp là hội chứng lỵ, bao gồm đau bụng, mót rặn và tiêu phân đàm máu kèm theo sốt nhẹ từng cơn.

- Thể cấp tính: Đau bụng quặn từng cơn, đau dọc theo khung đại tràng trước khi đi tiêu. Mót rặn, đau buốt hậu môn kèm cảm giác mắc đi cầu dữ dội. Tiêu phân nhầy máu, đôi khi xen kẽ với tiêu chảy, mỗi lần đi tiêu ít phân, nhưng đi nhiều lần trong ngày.

Nếu ở thể nhẹ thì tổng trạng tốt, tiêu đàm máu vài lần mỗi ngày; thể trung bình: bệnh nhân mệt, tiêu đàm máu khoảng 5-15 lần mỗi ngày; thể nặng; bệnh nhân suy kiệt, mất nước, rối loạn chất điện giải, bụng chướng, cảm giác mót rặn và đau bụng nhiều, tiêu đàm máu 15 lần/ngày.

- Thể bán cấp: Bệnh nhân đau bụng ít, tiêu chảy phân lỏng ít nhầy nhớt, ít khi có cảm giác mót rặn, đôi khi có táo bón.

- Thể mạn tính: Sau giai đoạn cấp tính hay bán cấp nếu không điều trị, bệnh trở thành mãn tính với nhiều đợt bệnh cách nhau. Lúc này chức năng đại tràng không còn bình thường nữa, triệu chứng bệnh giống như viêm đại tràng mãn. Đau bụng lâm râm liên tục và rối loạn tiêu hoá thường là tiêu chảy xen kẽ táo bón, no hơi, ăn không tiêu đối với một số thức ăn như: rau sống, sữa... bệnh nhân suy nhược, biếng ăn, sụt cân.

Điều trị

Tùy theo tình trạng bệnh, bác sĩ sẽ có phương thức điều trị bằng một hay phối hợp các loại thuốc sau:

- Émétine, thuốc diệt Amíp hữu hiệu nhưng có nhiều tác dụng phụ

- Déhydroémétine: so với émétine thì ít độc và thải trừ nhanh hơn.

- Metronidazol và các thuốc cùng nhóm như: Secnidazole, Nimorazole, Tinidazole, Ornidazole, nhóm này không nên dùng cho phụ nữ có thai. Ngoài ra thuốc cũng có tác dụng phụ là nôn, ù tai, phát ban.

Riêng Stovarsol, Difetarsone là dẫn chất của Arsenic nên hiện nay không dùng vì độc.

Phòng ngừa

Chú ý ngăn chặn Amíp theo thức ăn, nước uống xâm nhập vào cơ thể

- Giữ vệ sinh ăn uống: Rửa tay trước khi chế biến thức ăn, dụng cụ đựng thức ăn phải sạch. Rửa tay sau khi đi tiêu và trước khi ăn. Thức ăn phải được nấu chín kỹ trước khi ăn, nếu ăn rau sống phải rửa sạch dưới vòi nước chảy (nước máy) nhiều lần. Không uống nước lã, nước uống phải được đun sôi để nguội.

- Nước dùng trong sinh hoạt phải được khử trùng bằng clor.

- Xử lý tốt phân và rác, không dùng phân tươi để bón tưới ruộng vườn, vùng ngoại thành cần áp dụng hố xí hai ngăn. Cần dẹp các cầu tiêu trên sông, rạch vì đây là nguồn lây bệnh.

- Giữ sạch môi trường chung quanh nhà ở tránh ruồi nhặng bu vào thức ăn, ly, chén.

BS Nguyễn Trực

Bệnh lỵ trực trùng

Lỵ trực trùng là một bệnh nhiễm trùng đường ruột cấp tính do trực trùng Shigella gây ra. Biểu hiện bệnh thay đổi từ thể nhẹ tiêu chảy phân nước cho đến các thể nặng với đau bụng quặn, mót rặn, tiêu phân đàm máu, sốt và có dấu hiệu nhiễm trùng nhiễm độc.

Người đang mắc bệnh, người trong thời kỳ bình phục (có thể truyền nhiễm đến 6 tuần), người lành mang trùng đều có thể thải vi trùng trong phân và gây bệnh cho người khác.

Shigella dễ bị tiêu diệt ở nơi khô ráo, song có thể sống lâu hàng tháng trong nước và nhiều loại thực phẩm khác nhau ở nhiệt độ thích hợp và môi trường không có tích acid mạnh. Vi trùng còn có thể xuyên qua giấy vệ sinh, nhiễm tay người bệnh và lưu lại ở tay bẩn sau nhiễm khuẩn 3 giờ Người ta tìm thấy vi trùng hiện diện rất nhiều trên các đồ vật của người bệnh, đặc biệt là bồn vệ sinh.

Cách lây truyền thường thấy là do tiếp xúc trực tiếp giữa người với người qua tay bẩn. Yếu tố trung gian như đồ dùng chung, thực phẩm, nước (nước uống hay do tắm sông, hồ) ruồi nhặng cũng thường xảy ra.

Bệnh có khả năng gây dịch ở những nơi sống đông đúc, kém vệ sinh, nguồn nước ô nhiễm và còn tập quán dùng phân tươi bón hoa màu.

Trẻ nhỏ từ 1 đến 4 tuổi thường mắc bệnh: ở người lớn: nữ mắc bệnh nhiều hơn nam. Trực trùng Shigella xâm nhập vào cơ

thể qua đường tiêu hoá Vi trùng sẽ bị tiêu diệt một phần khi qua môi trường acid của dạ dày, nhưng so với các loại vi trùng đường ruột khác, trực trùng lỵ dễ dàng vượt qua "hàng rào" ngăn cản này.

Triệu chứng

Sau khi vi trùng vào cơ thể từ 12 đến 72 giờ bệnh khởi phát đột ngột với các triệu chứng sau:

- Hội chứng nhiễm trùng: Người bệnh sốt cao 39 đến 40 độ C, thường kèm theo ớn lạnh, đau nhức toàn thân, mệt mỏi biếng ăn, buồn nôn hoặc nôn mửa.

- Triệu chứng tiêu hoá Gồm có tiêu chảy phân lỏng hoặc tiêu toàn nước và ng có thể dẫn đến rối loạn nước và chất điện giải, suy thận cấp nhưng không nguy hiểm đến tính mạng trừ khi trẻ quá nhỏ và người già

Giai đoạn nhầy máu, nhiều lần trong ngày (có thể từ 20 đến 40 lần), lượng phân đi tiêu mỗi lần một giảm đi.

- Cảm giác mót rặn nhiều, ngày càng tăng, đau thốn ở vùng trực tràng, có thể dẫn đến sa trực tràng.

- Đau quặn bụng, đau từng cơn dọc theo khung đại tràng trước khi đi tiêu.

- Bệnh nhân chỉ sốt nhẹ trong giai đoạn này.

- Thể trạng suy sụp nhanh, mệt mỏi, hốc hác, vẻ lo lắng, môi khô, lưỡi đóng bợn vàng nâu, bụ ng chướng.

Những hình thức lâm sàng khác có thể gặp:

- Thể nặng cấp tính với sốt cao, lạnh run, tiêu máu ồ ạt, khô người, rối loạn nước, điện giải, suy tuần hoàn đưa đến tử vong.

- Thể nhẹ, bệnh nhân chỉ đau bụng âm ỉ, rồi tiêu phân lỏng như các trường hợp nhiễm trùng đường ruột khác.

- Thể mãn tính, bệnh nhân tiêu đàm máu kéo dài làm mất nhiều chất đạm, chất điện giải, dễ đưa đến suy kiệt.

Đối với trẻ em từ 1 đến 4 tuổi, bệnh thường cấp tính với sốt rất cao kèm co giật và có các biểu hiện thần kinh như: nằm li bì, đau đầu, cứng cổ. Một số ít trẻ em có thể tử vong do hội chứng tan máu, urê huyết cao và tình trạng huyết nhiễm nội độc tố.

Điều trị

Gồm ba biện pháp:

- Bù nước và chất điện giải: Cần được thực hiện như các trường hợp tiêu chảy khác với dung dịch Oresol uống ngay lúc bệnh mới khởi phát, hoặc truyền dịch nếu mất nước nhiều.

- Kháng sinh: Nhằm rút ngắn thời gian bệnh và thời i gian thải vi trùng ra ngoài theo phân.

- Điều trị triệu chứng chỉ áp dụng khi đau quặn bụng và cảm giác mót rặn dữ dội đe dọa sa trực tràng.

Phòng bệnh

Bệnh lỵ trực tràng lây truyền chủ yếu qua đường tiêu hoá do tay bẩn, thức ăn nhiễm bẩn hay qua trung gian ruồi nhặng. Vì vậy cách phòng bệnh giống như phòng bệnh lỵ Amíp là vệ sinh thực phẩm; vệ sinh ăn uống (ăn chín uống sôi); vệ sinh phân - rác diệt ruồi nhặng; xử lý tốt nước thải và nước sinh hoạt.

BS Nguyễn Trực

Chứng khó tiêu, đầy bụng

Khó tiêu, đầy bụng là triệu chứng cảm thấy no hơi, nặng bụng, chướng bụng, có khi buồn nôn và nôn ói. Thường xảy ra sau khi ăn vào do hệ tiêu hóa hoạt động không tốt.

Để trị chứng khó tiêu đầy bụng, ta có thể dùng các thuốc sau đây:

1. Thuốc kháng acid, chống tiết acid và chống đầy hơi: Maalox Plus, Maloxals, Phosphalugel, Gasvicon, Pepsen... được dùng khi bị chứng khó tiêu, đầy hơi do dư acid dịch vị tức là chất chua trong dạ dày. Các thuốc này vừa có tác dụng trung hòa acid

vừa chống đầy hơi trong dạ dày. Có thể dùng thuốc dạng sủi bọt như: Normogastryl. Hoặc dùng thuốc chống tiết acid như: Cimetidin, Ranitidin, Omeprazol...

2. Thuốc giúp điều hòa sự co bóp dạ dày như Metoclopramid (Primpéran), Domperidon (Motiliun-M). Dùng khi sự co bóp dạ dày kém, làm chậm sự chuyển hóa thức ăn từ dạ dày xuống ruột.

3. Thuốc giúp tiêu hóa: Chứa các men tiêu hóa, giúp sự tiêu hóa thức ăn ở dạ dày dễ dàng như Festal, Pancrelase, Neopeptine, Alipase...

Trên đây là các thuốc mà người bị khó tiêu đầy bụng có thể dùng để cải thiện tình trạng rối loạn. Liều lượng và cách uống có thể hỏi dược sĩ, nhân viên bán thuốc tại các nhà thuốc để được hướng dẫn dùng đúng. Có một số điều chúng ta cần lưu ý như sau:

- Nên quan tâm đến cách ăn uống để tránh chứng khó tiêu đầy bụng như ăn chậm, nhai kỹ, tạo các yếu tố thoải mái trong bữa ăn, tránh dùng các thực phẩm mà kinh nghiệm cho thấy gây chứng khó tiêu (như thức ăn chiên quá nhiều dầu mỡ) không lạm dụng rượu, cà phê, thuốc lá, gia vị gây kích thích tiết nhiều dịch vị.

- Trước khi dùng thuốc có thể dùng gừng giã nhỏ lấy nước hòa với nước âm ấm uống mà theo nhiều người nhận thấy có thể làm giảm chứng khó tiêu.

- Chỉ nên dùng thuốc khoảng 5-7 ngày, nếu chứng khó tiêu đầy bụng không cải thiện rõ rệt, nên đi bác sĩ khám bệnh.

Có một số trường hợp rất cần đi khám bác sĩ chuyên khoa tiêu hóa, nếu chậm trễ trong chẩn đoán sẽ ảnh hưởng không tốt đến kết quả điều trị. ở người đã ngoài 45 tuổi, triệu chứng khó tiêu đầy bụng có thể khởi đầu của viêm loét dạ dày - tá tràng, thậm chí của ung thư dạ dày, hoặc ở những người có dấu hiệu sụt cân, đi tiêu phân đen, bị vàng da, nuốt khó

DS Nguyễn Hữu Đức (Đại học Y dược TP HCM

Táo bón

Táo bón là triệu chứng chậm trễ trong việc thải phân với phân ít hơn và khô rắn hơn bình thường, số lần thải phân không vượt quá 3 lần trong tuần. Khi bị táo bón, phân nằm lâu trong ruột sẽ làm cho chất độc thấm vào máu, gây nhiễm độc, làm cơ thể dễ bị nhiễm khuẩn phân, sẽ cản trở tuần hoàn ở trực tràng và với việc rặn khi đi tiêu sẽ làm cho người ta dễ mắc bệnh trĩ. Người bị táo bón thường cảm thấy mệt mỏi, nhức đầu, dễ tức giận, cáu kỉnh.

Nguyên nhân:

- Do ăn thiếu chất xơ là rau cải, uống quá ít nước.

- Do sinh hoạt tĩnh tại, ít có sự vận động.

- Sử dụng các loại thuốc gây ra táo bón như: thuốc trị tiêu chảy làm liệt nhu động ruột, thuốc kháng acid viêm loét dạ dày - tá tràng, thuốc bổ chứa sắt, thuốc chống trầm cảm, thuốc an thần...

Ngoài 3 nguyên nhân trên, người bệnh cũng có thể bị táo bón do cơ thể có sự rối loạn như: rối loạn tâm thần - thần kinh, rối loạn trương lực thần kinh thực vật, rối loạn chuyển hoá và nội tiết như bị chứng tăng calci - huyết, tăng urê-huyết, hoặc có một tổn thương thực thể ở đại tràng, trực tràng, hậu môn gây trở ngại đường thải phân.

Về thuốc trị táo bón hay còn gọi là thuốc nhuận trường, thuốc xổ đó là thuốc có tác dụng làm gia tăng nước thấm vào phân làm phân mềm ra, làm gia tăng sự co thắt của ruột già để dễ dàng tống phân ra ngoài.

Có 4 loại thuốc trị táo bón như sau:

1. Thuốc trị táo bón tạo khối: Là thuốc chứa chất sợi, chất nhầy như thạch (rau câu), cám lúa mì, khi uống vào ruột sẽ hút nước trương nở lam tăng thể tích phân ở trực tràng gây sự kích thích giúp dễ đi tiêu hơn. Nên uống thuốc loại này với nhiều nước

và lưu ý thuốc có thể gây chướng bụng, làm cho chán ăn không thấy đói.

2. Thuốc trị táo bón thẩm thấu: Là thuốc chứa các muối vô cơ như natri sulfat Na2SO4, gọi là thuốc xổ muối magie sulfat (MgSO4) hay chứa các loại đường như lactulose, sorbitol hoặc chất cao phân tử như forlax khi uống sẽ giữ nước trong lòng ruột giúp phân thấm nước không bị khô, dễ đi tiêu hơn.

3. Thuốc trị táo bón làm mềm phân, trơn phân: Là thuốc có chứa dầu khoáng chất như dầu paraffin, hoặc là các chất giúp nước thấm tốt vào phân như natri docusat. Lưu ý trong nhóm thuốc này có loại dùng bơm hậu môn chứa glycerol gọi là rectiol (Rectiofar) thích hợp cho trẻ con và phụ nữ có thai nhưng lưu ý không nên dùng quá thường xuyên vì: nếu bơm glycerol quá thường xuyên vào hậu môn, glycerol sẽ gây kích ứng niêm mạch trực tràng làm niêm mạch bị tổn thương.

4. Thuốc trị táo bón kích thích: Đây là thuốc phải đặc biệt lưu ý vì thuốc này có tác dụng kích thích trực tiếp trên chức năng vận động, bài tiết của ruột, làm xổ rất mạnh. Tuy nhiên phụ nữ có thai và trẻ dưới 15 tuổi không được dùng thuốc xổ loại này. Có thể kể tên một số thuốc như: Boldolaxine, Dulcolax...

Trị táo bón bằng biện pháp không dùng thuốc

- Ăn nhiều chất sợi, chất xơ, rau cải, trái cây, các loại thực phẩm "tạo khối": khoai lang, rau câu, hột é..

- Uống nhiều nước, đặc biệt nước cam, nước chanh.

- Tập đi tiêu vào giờ giấc nhất định trong ngày.

- Chống nếp sinh hoạt tĩnh tại bằng cách thường xuyên vận động, tập thể dục thể thao, đặc biệt tập các cơ vùng bụng.

Lưu ý:

- Nên xem sử dụng thuốc là bất đắc dĩ; chỉ dùng thuốc trong thời gian ngắn, tối đa là 10 ngày. Nếu thấy không khả quan nên đi khám bệnh.

- Nên chọn loại thuốc tạo khối, loại trị táo bón thẩm thấu trước, nếu không hiệu quả mới dùng đến thuốc trị táo bón kích thích (đã kể ở trên).

- Xem kỹ hướng dẫn hoặc hỏi dược sĩ về thời gian tác dụng của thuốc (có thuốc cho tác dụng sau 2-3 giờ, có thuốc phải uống chiều tối hôm trước để sáng hôm sau xổ)...

Khi nào cần thụt tháo và dùng thuốc nhuận tràng?

Thụt tháo đơn giản có thể giúp cho hết táo bón. Có thể dùng nước ấm hoặc cho thêm chút ít xà phòng vào. Tuy nhiên, thụt tháo hoặc dùng thuốc nhuận tràng sẽ hết sức nguy hiểm đối với các trường hợp:

- Người bệnh đang đau dạ dày dữ dội hoặc có bất kỳ dấu hiệu nào của viêm ruột thừa hoặc "đau bụng cấp tính", ngay cả khi người đó đã nhiều ngày không đi tiêu.

- Người bị thương do đạn bắn hoặc có chấn thương khác ở ruột.

- Người yếu sức hoặc bị ốm.

- Trẻ bị sốt cao, nôn, tiêu chảy hoặc có dấu hiệu mất nước.

Với các loại thuốc tẩy và thuốc nhuận tràng thường dùng, cần chú ý:

- Dầu thầu dầu: Là loại thuốc tẩy gây kích thích, hại nhiều hơn lợi, không nên dùng.

- Maggnesium carbonate: Là thuốc tẩy muối. Chỉ dùng với liều thấp, coi như là thuốc nhuận tràng để trị táo bón. Không dùng thường xuyên và không bao giờ dùng khi bị đau bụng.

- Dầu khoáng chất: Đôi khi có thể dùng chữa táo bón cho người bị bệnh trĩ, nhưng dầu chỉ làm trơn chứ không làm mềm phân. Trước khi đi ngủ, có thể dùng từ 3-6 muỗng cà phê dầu khoáng chất (không uống lúc ăn cơm vì dầu sẽ làm mất các vitamin trong thức ăn).

Thuốc nhuận tràng cũng giống thuốc tẩy nhưng có tác dụng yếu hơn. Những loại thuốc vừa nêu trên khi dùng với liều nhỏ thì

nhuận tràng, làm mềm phân, giúp đi tiêu dễ hơn, còn dùng với liều lớn thì có tác dụng tẩy, gây tiêu lỏng. Trường hợp duy nhất phải dùng thuốc tẩy liều cao là khi uống phải chất độc và cần phải rửa ruột ngay. Trong bất kỳ trường hợp nào thuốc tẩy đều có hại.

DS Nguyễn Hữu Đức

Viêm đại tràng mạn

Là tình trạng bệnh lý gây rối loạn chức năng của đại tràng, diễn tiến kéo dài. Biểu hiện thường rất đa dạng. Thường bệnh nhân có các triệu chứng sau đây:

- Đau bụng: Đau âm ỉ khắp bụng hoặc đau quặn từng cơn ở một vùng nào trên bụng. Trong cơn đau có thể bệnh nhân thấy một khối gồ nổi lên ở bụng, chạy dọc theo khung đại tràng.

- Rối loạn về đi tiêu: Tiêu phân lỏng, tiêu nhiều lần, phân có thể có nhiều đàm nhớt, có máu; sau khi ăn muốn đi tiêu ngay, làm bệnh nhân sợ ăn; ăn cái gì đi tiêu ra cái đó; táo bón thường xuyên, hoặc bệnh diễn tiến thành từng đợt táo bón xen kẽ tiêu chảy rồi lại táo bón.

Nguyên nhân

- Nhiễm ký sinh trùng: Giun móc, giun đũa, giun kim, Amíp...

- Nhiễm trùng: Lao ruột, lỵ trực trùng, thương hàn...

- U bướu vùng đại tràng: U lành tính đại tràng, túi thừa đại tràng, ung thư đại tràng.

- Thần kinh: Căng thẳng, lo âu kéo dài.

Khi có triệu chứng trên, các bạn nên đến bác sĩ chuyên khoa để được thăm khám và hướng dẫn làm thêm một số xét nghiệm: X quang, nội soi, thử phân... để tìm nguyên nhân thì mới có hướng điều trị thích hợp, chế độ ăn uống, nghỉ ngơi tốt, bệnh mới mau khỏi.

BS Lê Thị Tuyết Phượng

Chứng nóng thượng vị

Trước đây, nóng thượng vị được xem là triệu chứng không gây nguy hại và có nơi thường giải quyết bằng các thuốc bán không kê đơn như Tums, Rolaids. Hiện nay bệnh được quan tâm nhiều hơn. Các nhà nghiên cứu đã tìm thấy sự liên quan mật thiết giữa chứng nóng thượng vị và bệnh ung thư thực quản. Người thường bị nóng thượng vị có nguy cơ phát triển bệnh ung thư tuyến thực quản nhiều hơn 7 lần, nguy cơ này càng tăng nếu các triệu chứng biểu hiện nghiêm trọng, thường xuyên và kéo dài hơn; có trường hợp nguy cơ ung thư thực quản gấp 43 lần so với người không bị chứng nóng thượng vị.

Người ta chưa rõ bằng cách nào mà chứng nóng thượng vị - một triệu chứng của bệnh acid trào ngược dạ dày thực quản (GERD) đã dẫn đến ung thư thực quản. Các nhà khoa học cho rằng trong một thời gian dài nếu cơ vòng thực quản, cơ ngăn cách thực quản - dạ dày giãn ra một cách không thích hợp hoặc mất trương lực khiến cho các chất trong dạ dày dâng lên hoặc trào ngược lên thực quản sẽ gây nên hiện tượng viêm mãn tính và có thể gây nên những thay đổi không bình thường ở những tế bào bao phủ bên trong thực quản.

Dù không phải tất cả những người bị chứng nóng thượng vị sẽ bị ung thư thực quản nhưng cũng cần lưu tâm hơn đến chứng này. Nếu bị nóng thượng vị tối thiểu 1 lần trong tuần, nhất là khi có biểu hiện nghiêm trọng hoặc kéo dài thì cần kịp thời đến khám bác sĩ.

Bác sĩ có thể cho làm nội soi. Đây là cách duy nhất giúp cho bác sĩ có thể biết sự tổn thương nếu có, ở mức độ nào. Nếu có những dấu hiệu thay đổi của tiền ung thư, bác sĩ sẽ yêu cầu tái nội sau 1 năm và nếu cần thiết sẽ lấy mẫu sinh thiết kể xét nghiệm tìm tế bào ung thư.

Thay đổi lối sống và chế độ ăn uống có thể giúp làm giảm 10% triệu chứng nóng thượng vị. Người bệnh cần lưu ý rằng cà phê, thực phẩm có chất béo có thể làm tăng sự giãn của cơ vòng

thực quản và làm cho chứng nóng thượng vị dễ xảy ra. Rượu, thực phẩm có gia vị, bạc hà, cà chua và trái cây chua lại càng dễ gây chứng nóng thượng vị vì thế nên tránh hoặc giới hạn những thức ăn này. Người bệnh cũng cần thay đổi lối sống để không còn bị béo phì; từ bỏ thói quen hút thuốc lá và ăn vặt trước khi ngủ vì có quá nhiều mỡ ở bụng sẽ ép dạ dày và làm thức ăn dễ trào ngược; còn hút thuốc lá sẽ làm cho các cơ thực quản giãn.

Bác sĩ cũng có thể đề nghị thay đổi một phương pháp điều trị vì chất ức chế calci hoặc thuốc trầm cảm có thể làm giãn cơ vòng thực quản và thúc đẩy sự trào ngược. Những thuốc bán không kê đơn như Tagamet HB và Zantac 75 dùng chữa chứng nóng thượng vị nhưng thực tế không chữa được chứng trào ngược acid. Hiện nay, có một loại thuốc mới không kê đơn là những chất ức chế bơm proton có thể giúp giảm sự sinh acid và chữa viêm thực quản nhưng về khả năng phòng ung thư thực quản còn chưa được thử nghiệm.

BS Tô Bích - Loan Phương

Đau dạ dày

Bệnh dạ dày do ăn uống gây nên. Quá trình mắc bệnh tương đối dài, thường trải qua vài năm, phát triển dần từ nhẹ đến nặng. Bệnh có nhiều loại, nhưng thường thấy là 3 loại: viêm dạ dày mãn tính, loét dạ dày và rối loạn chức năng thần kinh dạ dày.

- Bệnh viêm dạ dày mãn tính: Do khi ăn nhai không kỹ, ăn quá nóng, quá lạnh, quá nhiều ớt, hoặc thường xuyên hút thuốc lá, uống rượu, trà đặc... làm cho dạ dày bị kích thích rồi dần dần bị bệnh. Cũng có bệnh viêm dạ dày cấp tính, vi khuẩn hoạt động trong dạ dày, nếu kéo dài, trị không tốt sẽ thành bệnh viêm dạ dày mãn tính. Mắc bệnh này sẽ cảm thấy bụng đầy, đau từng cơn, bụng nóng, khó chịu, ợ không muốn ăn.

- Bệnh loét dạ dày: Có liên quan với ăn uống, đời sống và tâm tính người bệnh. Người không vui có nhiều sầu muộn hoặc công tác quá căng thẳng, não không thể quản lý hoạt động dạ dày, ruột,

làm cho năng lực tiêu hoá và chống đỡ của ruột, dạ dày yếu đi, khi gặp kích thích dạ dày, chịu không nổi, dễ bị tổn thương, sinh ra loét. Mắc bệnh loét dạ dày thường nóng ruột, dạ dày đau, ợ nôn nước chua. ở mỗi người do vị trí loét trong dạ dày khác nhau nên tình hình đau cũng khác nhau. Nói chung vết loét ở trong bộ dạ dày và môn vị. Sau khi ăn khoảng 1 giờ, dạ dày trống, dịch vị kích thích, chỗ loét mới bắt đầu đau. Nếu chỗ loét ở chỗ dạ dày và ruột non nối tiếp (tức hành tá tràng) gọi là loét hành tá tràng, thường sau khi ăn ba tác động vào chỗ loét mới bắt đầu đau. Trong hai tình huống này, dạ dày đau đều theo quy luật nhất định.

- Rối loạn chức năng thần kinh dạ dày: Bản thân dạ dày chẳng có bệnh gì, chủ yếu do tâm trạng không ổn định, ảnh hưởng tới thần kinh, chi phối dạ dày. Nếu kéo dài có thể phát triển thành viêm dạ dày mãn tính hay loét dạ dày. Triệu chứng bệnh này có lúc gần như triệu chứng viêm hoặc loét dạ dày.

Để phòng chống bệnh dạ dày, cần tránh những nguyên nhân gây bệnh. Dùng thuốc chỉ có tác dụng phụ trợ. Cuối cùng, người có bệnh dạ dày nếu phát hiện đại tiện phân đen hoặc nôn ra nhiều máu bầm đen, có thể là vết loét, xuất huyết có lúc đau bụng dữ dội, da bụng cứng - có thể vết loét dạ dày bị thủng. Hai triệu chứng này đều rất nguy trọng phải đến ngay bệnh viện. Với người trên 40 tuổi, nếu gầy đi nhanh, lại chán ăn có thể bị u ác tính, cần kiểm tra và trị liệu sớm.

BS Lý Kiên

Bệnh khớp kéo theo bệnh dạ dày

Các tổn thương viêm loét dạ dày, tá tràng thường gặp ở các bệnh nhân bị viêm khớp mãn tính. Đây là biểu hiện của những biến chứng rất thường gặp của việc điều trị và là nguyên nhân chính làm tăng số ngày nằm viện, tăng tỷ lệ tử vong của nhóm bệnh này. Đó là kết quả tất yếu của việc điều trị các bệnh xương khớp chỉ nặng về chữa triệu chứng đơn thuần mà không quan tâm đến điều trị tận gốc của bệnh. Khi có các tổn thương dạ dày, tá

tràng, việc điều trị các bệnh xương khớp gặp nhiều khó khăn, người bệnh có nguy cơ bị các biến chứng nặng, có khi gây tử vong.

Tại sao người bị bệnh về xương khớp mãn tính lại hay bị đau dạ dày?

Các bệnh về xương khớp mãn tính thường kéo dài từ vài ba năm đến vài chục năm. Các thuốc giảm đau và chống viêm luôn là bạn đồng hành của người bệnh. Các thuốc này gồm các loại Corticosteroid và loại thuốc chống viêm không phải là Steroid (NSAIDS) đã và đang được dùng rất rộng rãi để điều trị các chứng sưng, nóng đỏ, đau của bệnh, nhưng chỉ là các thuốc điều trị triệu chứng đơn thuần. Nhiều người (kể cả một số thầy thuốc) đã rất sai lầm khi cho rằng đây là những thuốc đầu tay và duy nhất trong điều trị các bệnh xương khớp. Các thuốc nói trên đều ảnh hưởng tới dạ dày, tá tràng. Tỷ lệ, mức độ ảnh hưởng phụ thuộc vào thời gian, liều dùng, cách phối hợp thuốc, thói quen sinh hoạt (uống rượu, hút thuốc lá..), tuổi tác và tình trạng sức khỏe của người bệnh.

Cơ chế ảnh hưởng lên dạ dày của thuốc chống viêm và giảm đau là cơ chế ức chế Prostaglandin. Prostaglandin là một chất trung gian có tác dụng ức chế quá trình viêm, nhưng lại kích thích Mucin - một yếu tố bảo vệ niêm mạc dạ dày và tá tràng. Khi Prostaglandin giúp ức chế các hiện tượng sưng, đau, xung huyết của bệnh khớp thì đồng thời làm mất dần yếu tố bảo vệ, gây viêm loét dạ dày và tá tràng. Thực tế cho thấy, nhiều loại thuốc chống viêm và giảm đau khác đã được cải tiến hơn nhưng không có loại thuốc nào thực sự an toàn, không để lại hậu quả khác cho người bệnh.

Vì các thuốc chống viêm, giảm đau chỉ là thuốc chữa triệu chứng nên quá trình viêm chỉ được ức chế tạm thời. Nếu không có các biện pháp điều trị khác hiệu quả hơn khắc phục nguyên nhân gây viêm, quá trình viêm sẽ tiếp diễn và nhanh chóng dẫn đến hiện tượng hủy hoại khớp. Lúc đó, thuốc chống viêm và giảm đau không còn tác dụng, mà người bệnh lại xuất hiện các biến chứng của thuốc ở dạ dày và tá tràng. Điều đáng chú ý là 50% các tổn

thương ở dạ dày tá tràng do thuốc kháng viêm và giảm đau gây nên lại không có triệu chứng lâm sàng và thường phát hiện được bằng phương pháp chụp X quang dạ dày. Biện pháp hữu hiệu nhất là nội soi bằng ống mềm.

Biện pháp ngăn chặn tổn thương dạ dày ở người bị khớp mãn tính

- Những người bị bệnh xương khớp kéo dài và tái đi tái lại cần tới các cơ sở chuyên khoa để được khám càng sớm càng tốt.

- Việc điều trị phải toàn diện và cần được theo dõi sát, điều trị triệu chứng kết hợp với điều trị căn nguyên của bệnh.

- Trong quá trình điều trị, người bệnh cần được kiểm tra kỹ hệ thống tiêu hoá. Nếu có tổn thương phải điều trị tích cực, kịp thời.

- Người bệnh không được tự ý tiêm, uống thuốc giảm đau và chống viêm hoặc kéo dài thời gian uống thuốc. Không dùng toa thuốc cũ mỗi khi đau tái phát. Các thuốc chống viêm và giảm đau phải dùng trong hoặc ngay sau bữa ăn để tránh tác dụng phụ của nó đối với dạ dày, tá tràng.

- Cần thông báo ngay cho bác sĩ điều trị khi có dấu hiệu: khó tiêu, chán ăn, ói mửa, nóng rát dạ dày, chảy máu dạ dày (ói ra máu)...

BS Lê Anh Thư (Bệnh viện Chợ Rẫy)

Chảy máu đường tiêu hoá

Chảy máu đường tiêu hoá là một bệnh lý cấp cứu, là biến chứng nguy hiểm của nhiều bệnh.

Biểu hiện của chảy máu tiêu hoá là bệnh nhân ói ra máu (máu đỏ tươi, máu bầm) và đi cầu phân có máu.

Nguyên nhân

Nguyên nhân ở thực quản: Giãn vỡ tĩnh mạch thực quản (thường gặp ở bệnh nhân xơ gan), thoát vị hoành; hội chứng

Mallory Weiss: bệnh nhân sau khi ói mửa nhiều cuối cùng nôn ra máu, nội soi thấy rách niêm mạc phần trên dạ dày.

Nguyên nhân ở dạ dày, tá tràng: Viêm dạ dày; loét dạ dày; ung thư dạ dày; túi thừa tá tràng.

Nguyên nhân ở gan, mật, tuỵ: Xơ gan, sỏi mật; ung thư mật; viêm tuỵ cấp.

Nguyên nhân ở ruột: U đại tràng và ung thư đại tràng; viêm ruột xuất huyết; kiết lỵ, thương hàn; lao ruột; lồng ruột cấp tính; trĩ.

Nguyên nhân ở các cơ quan khác của cơ thể: Sốt xuất huyết, sốt rét; các bệnh lý về máu do stress; do một vài thứ thuốc gây nên như thuốc kháng viêm Aspirine...

BS Lê Thị Tuyết Phượng

Bệnh giun móc

Nhiễm giun móc là bệnh lây truyền qua đất, khá phổ biến ở các nước nhiệt đới và cận nhiệt đới. ở Việt Nam tỷ lệ nhiễm giun khá cao và dao động tùy theo tập quán canh tác, điều kiện vệ sinh và thổ nhưỡng từng vùng.

Hai loại giun móc ký sinh và trưởng thành ở người là Ancylostoma duodenale và Necator americanus, đều có hình trứng, khá giống nhau cả về đặc điểm dịch tễ bệnh học và sinh học. Giun móc sống ở tá tràng, hỗng tràng. Con cái mỗi ngày đẻ 5.000 - 20.000 trứng. Trứng theo phân người ra ngoài, nở thành ấu trùng và phát triển ở đất. Sau 5 ngày sẽ thành ấu trùng chỉ, chủ động tìm đến người theo hơi nóng, chui qua da để vào cơ thể Nhiễm N.americanus đều theo cách này, còn A.duodenale thì có thể nhiễm qua đường miệng do ăn phải ấu trùng chỉ có trong nước hoặc rau sống. Sau khi vào cơ thể, ấu trùng theo máu lên phổi, qua khí, phế quản lên hầu rồi xuống dạ dày, khi đến ruột non sẽ thành giun trưởng thành. Từ khi ấu trùng xuyên qua da đến khi thành giun trưởng thành có thể đẻ trứng là 6-8 tuần.

Tình hình nhiễm giun của người Việt Nam

- Tỷ lệ nhiễm giun ở từng vùng rất khác nhau, cao nhất ở vùng ven biển (67-68%) rồi đến trung du (61-64%), vùng núi (51%), cao nguyên (47%) và đồng bằng (30-60%).

- Cường độ nhiễm giun móc nhìn chung không cao. Các vùng được điều tra trung bình một người lớn có khoảng 112 con và trẻ em có khoảng 10 - 32 con; 50-71% nhiễm giun móc đồng thời với các loại giun khác, thường là giun đũa và giun tóc.

- Tình trạng tái nhiễm thấp (4,4%, so với bệnh giun đũa là 68%).

- Tỷ lệ nhiễm tăng dần theo tuổi. Lứa tuổi dưới 16 chưa có sự phân công lao động rõ rệt tỷ lệ nhiễm không khác biệt giữa nam và nữ nhưng lứa tuổi trên 16, nữ thường làm các công việc tiếp xúc nhiều với mầm bệnh như chăm bón lúa và hoa màu ở ruộng, vườn... nên tỷ lệ nhiễm cao hơn (78% so với 59%).

- Nghề nghiệp có ảnh hưởng đến tỷ lệ nhiễm giun móc; trong cùng một điểm điều tra, nông dân nhiễm nhiều hơn ngư dân, người trồng rau nhiễm nhiều hơn người trồng lúa.

Tác hại của giun móc

- Ấu trùng gây viêm da nơi nó xuyên qua hoặc viêm phổi dị ứng khi qua phổi.

- Giun trưởng thành có thể gây kích thích hoặc tổn thương nhẹ thành ruột do chất tiết của giun tiết ra hoặc do giun thúc vào thành ruột. Ngoài ra, có thể làm cho thành ruột viêm, chảy máu, tạo thành những nốt sùi và sẹo, hạch mạch treo có thể bội nhiễm vi khuẩn; nhiều cơ quan khác có thể bị ảnh hưởng như gan bị thoái hoá mỡ, tủy và lách bị tổn thương, phổi bị phù hoặc viêm phế nang, tim to và nhão, nhiều chỉ số của máu như lượng hồng cầu, bạch cầu, tốc độ lắng máu tỷ lệ huyết cầu tố.. bị thay đổi.

Triệu chứng

- Rối loạn tiêu hoá Đau vùng thượng vị, đau tăng sau khi ăn kèm theo cảm giác cồn cào, chán ăn, ợ nôn, đầy và chướng bụng. Có thể tiêu chảy, táo bón hoặc tiêu ra máu.

- Rối loạn tuần hoàn, thiếu máu: Da xanh, niêm mạch nhợt, khó thở, mạch nhanh, đánh trống ngực, hay chóng mặt, ù tai; nặng hơn có thể chảy máu cam, rong kinh, vô kinh ở phụ nữ, tim to, phù nề.

- Rối loạn thần kinh: Giảm tính cương cơ, giảm thị lực, nhức đầu, dễ quên, suy nhược; nặng hơn có thể giảm hoặc mất phản xạ, cơ thể bị tê liệt bất thường. Trẻ em chậm lớn, chậm phát triển trí óc...

Nếu không can thiệp, các triệu chứng sẽ tăng dần, bệnh nhân gầy mòn, phù thũng, có thể chết vì kiệt sức hoặc các bệnh khác phối hợp.

Điều trị

- Dùng liều duy nhất với hiệu quả cao. Những thuốc mới có nhiều tính ưu việt hiện nay thuộc nhóm Benzimidazole và Pyrimidin. Lưu ý: nhóm Benzimidazole đôi khi gây hiện tượng giun di chuyển ngược lên miệng; phụ nữ có thai 3 tháng đầu không dùng Albendazole và Mebendazole (thuộc nhóm Benzimidazole vì thử nghiệm trên chuột thấy có gây dị thường ở bào thai); đôi khi thuốc có tác dụng phụ gây những triệu chứng thoảng qua như chóng mặt, đau bụng...

- Dùng thuốc rẻ tiền, ít độc, không chỉ có tác dụng với giun móc mà còn có tác dụng với các loại giun khác.

- Bổ phụ sắt trong 3 tháng và truyền máu khi cần thiết.

Phòng ngừa

- Điều trị người bệnh để cắt đứt nguồn lây nhiễm.

- Vệ sinh môi trường, chống phát tán mầm bệnh: Nhà phải có hố xí, không phóng uế bừa bãi, không dùng phân chưa ủ kỹ để bón, không để chó, gà, heo tha phân gây ô nhiễm môi trường.

- Giáo dục y tế nâng cao kiến thức về bệnh giun móc, nâng cao ý thức phòng bệnh, chống lây nhiễm và bảo vệ người chưa mắc bệnh: không ăn rau sống chưa rửa kỹ và sạch, không uống nước lã, rửa sạch tay trước khi ăn và sau khi đi vệ sinh, không đi chân không...

BS Phan Thị Kim (Viện Dinh dưỡng

Bệnh giun đầu gai

Thời gian gần đây, có nhiều trường hợp bệnh nhân nhập viện là những người thường xuyên ăn đồ tái sống. Đã có bệnh nhân do ăn cá nhúng giấm, gỏi cá, cá lóc nướng trui, mắm Thái, ... sau đó xuất hiện nhiều triệu chứng đau bụng, buồn nôn, sốt. Đặc biệt là sự xuất hiện kỳ lạ của nhiều khối u di động khắp nơi trong cơ thể, thường tập trung ở mặt, miệng và tay chân. Thủ phạm gây ra những triệu chứng đáng sợ như vậy? Chính là giun đầu gai.

Loại giun này có tên khoa học là Gnastostoma spinigerum, sống chủ yếu ở các động vậ t như chó, mèo... Người chỉ là ký chủ trung gian mang ấu trùng hoặc giun non, chúng di chuyển dưới da và cơ quan nội tạng của người để gây bệnh. Giun đầu gai trưởng thành, con đực dài 11-25 mm, con cái dài 25-54 mm, thân mình được bao phủ bởi các gai ở phía trước, đầu phình to có 4-8 hàng móc, do đó giun được gọi là giun đầu gai.

Giun trưởng thành sống ở vách bao tử của các động vật ăn thịt sống như chó, mèo, chim, chúng đẻ trứng ở đây và sau đó trứng theo phân của các động vật này đi ra ngoài. Phân ở môi trường ngoài sẽ bị các lăng quăng đỏ nuốt vào và biến thành ấu trùng. Sau đó lăng quăng đỏ bị cá, tôm, ếch, lươn, rắn... nuốt, chúng phát triển ở cơ bắp các động vật này trở thành ấu trùng giai đoạn 3. Nếu người ăn gặp các ấu trùng giai đoạn 3 này mà không được nấu chín, khi vào dạ dày những ấu trùng này do có tính di động rất cao sẽ chui qua vách dạ dày và đi lang thang khắp nơi trong cơ thể như da, gan, phổi, mắt, nguy hiểm nhất là ở não. Đi đến đâu, đầu và mình nhiều gai của giun tiết dịch gây viêm, hoại

tử xuất huyết ở vùng đó, bệnh nhân sẽ có những cơn đau nhói, đau như xé thịt ở các cơ quan tương ứng.

Giun đầu gai hay gặp ở Đông Nam á và các vùng lân cận. Đặc biệt ở miền Nam nước ta hay bị nhiễm giun do ăn những món ăn đặc sản như cá lóc nướng trui, mắm Thái...

Biểu hiện bệnh của giun rất đa dạng, tùy thuộc cơ quan nào mà giun đi ngang qua. Khi giun từ dạ dày xuyên qua vách dạ dày đi đến:

- Gan: Gây sốt, đau vùng gan dễ chẩn đoán nhầm với viêm gan, Abces gan...

- Bụng: Gây đau bụng, rối loạn tiêu hoá đôi khi rất dữ dội có thể nhầm với cơn đau bụng cấp tính, nguy kịch, nhầm với triệu chứng của bệnh loét dạ dày tá tràng, viêm tuy cấp...

- Mắt: Gây viêm mống mắt, viêm màng bồ đào, xuất huyết trong mắt. Biểu hiện lâm sàng là tình trạng đau nhức trong mắt, mắt viêm đỏ, mí mắt sưng phù. Đã có bệnh nhân đến bệnh viện khám vì các triệu chứng ở mắt và được bác sĩ gắp ra từ mắt một con giun đầu gai.

- Da: Thường biểu hiện bằng nhiều khối u di động dưới da, đôi khi sưng phù và đỏ ở nhiều vùng da dễ lầm với dị ứng da, dẫn đến sai lầm trong vấn đề điều trị, kéo dài thêm tình trạng bệnh.

- Phổi: Gây viêm phổi, tràn dịch màng phổi...

- Rối loạn thần kinh: Gây nhức đầu, khó tập trung, hay quên...

- Tủy sống: Gây viêm tủy có thể dẫn đến liệt tứ chi.

- Não: Gây viêm não, xuất huyết não, có thể làm tàn phế hoặc tử vong người bệnh.

Những triệu chứng này có những đợt bùng phát, có những lúc lắng dịu và kéo dài trong cơ thể

Khi có những triệu chứng nghi ngờ kể trên, đặc biệt ở những đối tượng có yếu tố nguy cơ cao như thường xuyên ăn đồ thủy hải

sản tái sống, cần đến khám tại cơ sở y tế chuyên khoa. Tại đây bác sĩ sẽ thăm khám kết hợp với các xét nghiệm để định bệnh.

Hiện nay việc điều trị tương đối hữu hiệu nhất là phát hiện để rạch và gắp giun ra từ các vùng trong cơ thể Tuy nhiên, để định vị được nơi giun trú ngụ là điều không phải lúc nào cũng dễ dàng. Đồng thời do đặc tính rất di động của giun, đôi lúc gây khó khăn cho việc điều trị.

Để phòng ngừa nhiễm giun đầu gai, cần lưu ý các vấn đề sau đây: Nên ăn thực phẩm được nấu chín (đặc biệt các loại thủy hải sản như tôm, cá, rắn, lươn...); nếu cần phải ăn những món ăn tái sống thì phải ngâm thức ăn vào giấm đậm đặc từ 5 tiếng rưỡi trở lên; thật cẩn thận khi ăn những món ăn có nhiều nguy cơ: mắm Thái, gỏi cá, cá lóc nướng trui...; quản lý, không để chó, mèo... đi tiêu bừa bãi; không nên dùng phân tươi làm phân bón; tiêu diệt lăng quăng đỏ

BS Lê Thị Tuyết Phượng

Bệnh trĩ

Có thể hiểu đơn giản là trĩ hình thành do sự giãn quá mức của các đám rối tĩnh mạch trĩ (ĐRTMT). Dù bệnh trĩ đã được biết từ lâu nhưng hiện nay y học vẫn chưa tường tận về bệnh nguyên và bệnh sinh. Tuy nhiên, một số yếu tố sau đây có thể tạo thuận lợi cho việc phát sinh bệnh:

- Áp lực trong ổ bụng tăng trong trường hợp ho nhiều do viêm phế quản mãn hoặc khuân vác, lao động nặng...

- Phải rặn nhiều khi đi tiêu do viêm đại tràng mãn hay táo bón kinh niên khiến áp lực trong ống hậu môn tăng lên nhiều.

- Đứng lâu, ngồi nhiều cũng dễ bị trĩ do áp lực tĩnh mạch trĩ khi đứng tăng gấp ba lần so với khi nằm.

- Do u bướu vùng tiểu khung, u trực tràng hoặc do thai lớn tháng... có thể chẹn tĩnh mạch làm cản trở máu tĩnh mạch hồi lưu.

Triệu chứng

- Chảy máu trực tràng: Có vệt máu đỏ ở phân hoặc máu chảy nhỏ giọt hay thành tia khi đi tiêu. Khi bệnh nặng hơn, chỉ ngồi xổm là máu đã chảy ra, có khi máu chảy nhiều quá phải đi cấp cứu.

- Sa trĩ: Nếu sa trĩ từ độ 3 trở lên thì bệnh nhân rất khó chịu trong sinh hoạt.

Ngoài ra, một số bệnh nhân còn có cảm giác đau và nóng rát ở hậu môn, do bệnh đã có biến chứng như tắc mạch do huyết khối, sa và nghẹt búi trĩ, búi trĩ bị nhiễm trùng...

Một số bệnh nhân có thể gây chẩn đoán nhầm như ung thư trực tràng, viêm loét đại trực tràng, sa trực tràng, Polip đại trực tràng (có thịt dư ở đại trực tràng). Vì thế để chẩn đoán đúng bệnh, ngoài việc thăm khám trực tràng, bác sĩ sẽ cho làm nội soi hậu môn trực tràng hoặc X-quang đại tràng cản quang.

Trĩ được phân loại thành trĩ nội, trĩ ngoại:

- Trĩ nội nằm trong ống hậu môn, khi to ra sẽ sa ra ngoài và phân thành 4 độ 1, 2, 3 và 4.

- Trĩ ngoại thì nằm ngoài ống hậu môn.

Ngoài ra còn có trường hợp trĩ hỗn hợp, là trĩ nội và trĩ ngoại liên kết với nhau. Tùy theo loại trĩ và độ sa trĩ bác sĩ sẽ chỉ định điều trị cụ thể, đối với trĩ ngoại, bác sĩ chỉ điều trị bằng thủ thuật hay phẫu thuật khi có biến chứng.

- Về điều trị nội khoa: Bác sĩ cho bệnh nhân dùng các loại thuốc làm tăng trương lực thành mạch, chống phù, chống viêm và giảm đau; nên dùng thức ăn dễ tiêu chống táo bón, tránh chất kích thích và các gia vị như ớt, tiêu, mù tạc...; tránh làm những công việc quá nặng nhọc và những công việc phải đứng lâu, ngồi nhiều; ngoài ra cũng cần điều trị những bệnh khác như viêm đại tràng, viêm phế quản...

- Về điều trị ngoại khoa: Có thể áp dụng các phương pháp sau:

+ Chích chất gây xơ vào gốc búi trĩ để làm xơ các tĩnh mạch. áp dụng phương pháp này không khéo có thể chích vào lớp cơ, dễ gây hoại tử và dễ nhiễm trùng nặng nếu không bảo đảm vô trùng.

+ Dùng tia hồng ngoại, dao diện... để làm đông búi trĩ bằng nhiệt hoặc dùng nitơ lỏng để làm đông bằng lạnh. Búi trĩ sẽ hoại tử vô trùng và rụng đi.

+ Thắt trĩ bằng dây thun: Búi trĩ hoại tử dần rồi rụng đi.

+ Phẫu thuật cắt trĩ nếu các búi trĩ sa quá lớn.

* Phương pháp thắt trĩ bằng dây thun

Thắt trĩ bằng dây thun là phương pháp khá mới và có nhiều tiện lợi, hiện đang rất thịnh hành ở Pháp và cho kết quả tốt nhất. ở Việt Nam, các bác sĩ đã điều trị rất thành công cho nhiều bệnh nhân, chưa có trường hợp nào xảy ra tai biến. Với bộ dụng cụ đặc biệt, chưa có trường hợp nào xảy ra tai biến. Với bộ dụng cụ đặc biệt, bác sĩ kéo búi trĩ ra rồi thắt dây thun ở gốc, búi trĩ thiếu máu nuôi dưỡng sẽ hoại tử dân rồi rụng đi. Ưu điểm của phương pháp này là thời gian điều trị rất ngắn, trung bình 5phút/ca, sau đó bệnh nhân có thể ra về ngay và vài ngày sau búi trĩ sẽ rụng.

Phòng ngừa

- Cần chú ý đến chế độ ăn uống. Tránh dùng nhiều thức ăn dễ gây kích thích và táo bón như: tiêu, ớt, hay gia vị có tính cay nóng - Không nên uống quá nhiều cà phê, rượu, tránh thuốc lá.. Nên ăn các loại thức ăn có nhiều chất xơ (các loại rau), uống nhiều nước mát (atisô, rau má..)

- Tránh làm việc trong một tư thế kéo dài như ngồi, đứng lâu. Cần có chế độ thể dục vận động trong thời gian nghỉ giữa giờ nếu phải ngồi hoặc đứng lâu. Không nên khiêng nặng quá sức, hoặc sử dụng đến những động tác gồng, rặn quá nhiều.

- Người bình thườ ng và cả người có bệnh trĩ sau khi đi cầu không nên dùng giấy báo để làm sạch, tốt nhất là dùng nước.

- Điều trị triệt để những bệnh có khả năng gây trĩ.

- Vận động thể dục thể thao sẽ giúp điều hoà nhu động co giãn ở ruột, giúp tiêu hoá tốt (ít vận động, nằm nhiều cũng dễ có nguy cơ gây táo bón là một nguyên nhân sinh bệnh trĩ).

- Sau cùng là đối với phụ nữ, việc thực hiện sinh đẻ có kế hoạch cũng góp phần vào việc phòng tránh được nguy cơ gây bệnh trĩ.

BS Lê Văn Đương, Thái Hiệp

CHƯƠNG 11
CÁC LOẠI SỐT THÔNG THƯỜNG

Phân biệt các loại sốt

Sốt là khi nhiệt độ cơ thể cao hơn bình thường. Có nhiều căn bệnh khác nhau, đều chung một triệu chứng sốt. Để chữa bệnh đúng hướng, điều quan trọng là phải biết phân biệt bệnh này với bệnh kia. Sau đây là một số bệnh cấp tính quan trọng, trong đó sốt là một dấu hiệu nổi bật:

Bệnh sốt rét: Bắt đầu đột ngột với nhiệt độ lên cao và rét run. Sốt kéo dài độ vài giờ Khi nhiệt độ xuống thì cơ thể ra mồ hôi. Thông thường cơn sốt cứ cách một hoặc hai ngày một lần. Giữa các đợt sốt người bệ nh cảm thấy dễ chịu nhiều hoặc ít.

Sốt thương hàn: Bắt đầu như khi bị cảm lạnh. Nhiệt độ mỗi ngày tăng một ít. Mạch tương đối chậm. Đôi khi tiêu lỏng và kiệt nước. Run rẩy hoặc nói sảng, tinh thần lơ mơ.

Sốt phát ban: Tương tự sốt thương hàn. Có phát ban giống như trong bệnh sởi với nhiều vết thâm tím rất nhỏ Tình trạng rất nặng.

Viêm gan: Người bệnh không muốn ăn. Không đòi ăn hoặc hút thuốc. Buồn nôn. Mặt và da trở nên vàng; nước tiểu màu da cam hoặc nâu; phân trắng. Sốt nhẹ Người rất mệt.

Viêm phổi: Thở nhanh, nông. Nhiệt độ tăng nhanh. Ho có đờm xanh, vàng hoặc lẫn máu. Có thể đau ngực. Bệnh rất nặ ng.

Bệnh thấp: Thường thấy nhất ở trẻ em và thanh thiếu niên. Đau khớp. Sốt cao. Thường xảy ra sau viêm họng. Có thể đau ngực với nhịp thở ngắn. Có thể có những cử động bất thường ở chân và tay.

Sốt hậu sản: Bắt đầu sau khi sinh hoặc sinh được nhiều ngày. Khởi đầu sốt nhẹ, về sau thường sốt cao lên. Ra huyết hôi ở âm đạo, đau và đôi khi ra máu.

Ngoài những bệnh nguy hiểm trên, còn nhiều bệnh khác có thể gây ra những cơn sốt và những triệu chứng tương tự không phải bao giờ cũng dễ phân biệt. Nếu có thể, nên tìm sự giúp đỡ của bác sĩ.

Bệnh sốt rét

Sốt rét là một trong những bệnh truyền có số người mắc cao nhất thế giới, chủ yếu ở các vùng nhiệt đới. Bệnh do ký sinh trùng Plasmodium gây ra và được truyền từ người này sang người khác do muỗi đòn xóc Anopheles.

Loại ký sinh trùng này được phát hiện vào năm 1980 tại châu Phi. Khi ký sinh trùng xâm nhập cơ thể sẽ vào gan và tiếp đến là hồng cầu, làm bể hồng câu, liên tục gây nhiều biến chứng và dẫn người bị bệnh đến tử vong. Tại Việt Nam, loài thường gặp và gây tử vong nhiều là ký sinh trùng Plasmodium falciparum.

Triệu chứng

Sau khi bị muỗi mầm bệnh đốt từ 7-14 ngày, bệnh nhân sẽ lên cơn sốt trong vài hôm với những triệu chứng như mệt mỏi, nhức đầu và sốt nhẹ. Sau đó xuất hiện cơn sốt điển hình với rét run khoảng từ nửa giờ đến một giờ, rồi sốt cao 39-400C, nhức đầu chóng mặt, buồn nôn và những triệu chứng khác. Cơn sốt kéo dài nhiều giờ và kết thúc khi bệnh nhân vã mồ hôi và trở lại trạng thái bình thường. Nếu không được phát hiện và điều trị kịp thời trong 2-3 ngày từ khi sốt, bệnh sẽ biến chứng.

Biến chứng thường gặp nhất là hôn mê, co giật (thể ác tính não) suy thận cấp (thận không còn hoàn thành được chức năng thải chất độc trong cơ thể ra ngoài qua nước tiểu; chất thải gia tăng trong máu) và bệnh nhân sẽ tử vong trong vòng 7-10 ngày. Biểu hiện trên lâm sàng là nấc cụt, đi tiểu ít. Bệnh nhân còn có dấu hiệu vàng da niêm đi kèm hoặc rối loạn chức năng nội tiết

như giảm chất đường glucose trong máu. Các biến chứng khác ít gặp hơn - nhưng tử vong rất cao - là phù phổi cấp, sốc, tiểu ra huyết cầu tố, thiếu máu nặng.

Điều trị

Hiện nay tại vùng Đông Nam Á, trong đó có nước ta, ký sinh trùng sốt rét P.falciparum đã kháng lại hầu hết các thuốc sốt rét được sử dụng trước đây như Choloroquine (Delagyl, Nivaquine), Sulfadoxine - Pyrimethamine (Fansidar) với tỷ lệ trên 90%.

Để khắc phục tình trạng đó, Tổ chức Y tế thế giới đã nghiên cứu phác đồ điều trị sốt rét với các loại còn hiệu quả là Artemisimin và các dẫn xuất (là chất chiết xuất từ cây thanh hao Artemisua annua), Quinne, Mefloquine. Tại Việt Nam, chương trình quốc gia phòng chống sốt rét đã ứng dụng điều trị sốt rét bằng phác đồ này. Tỷ lệ trên 95% khỏi bệnh trong đợt điều trị đầu tiên (với thời gian khỏi bệnh từ 3-4 ngày).

Phòng ngừa

Hiện nay, ở ta và trên thế giới, điều trị sốt rét cơn rất đơn giản và hiệu quả, nhưng một khi sốt rét đã biến chứng thì điều trị lại vô cùng phức tạp, tốn kém và tử vong khá cao. Chính vì vậy, công tác phòng ngừa là rất quan trọng.

Đối với người sống trong vùng không có sốt rét lưu hành - là vùng không có muỗi trung gian truyền bệnh - như ở các thành phố, thị trấn; khi đi vào vùng có nhiều núi rừng đầm lầy như ở các tỉnh Bình Phước, Đắc Lắc, Cần Giờ.. cần được tham vấn về các biện pháp phòng chống cá nhân như mặc áo quần dài vào ban đêm, dùng thuốc xua muỗi loại xoa hay đốt, nằm màn, uống phòng ngừa.

Đặc biệt chú ý: khi bị sốt, cần đến ngay cơ sở y tế để được xét nghiệm máu tìm ký sinh trùng để chữa trị kịp thời trong vòng 3 ngày đầu (nhiều bệnh nhân đã tử vong tại Trung tâm Bệnh Nhiệt đới chỉ vì ngủ qua một đêm tại các vùng có sốt rét sau khi bị sốt không đến ngay y tế để được xét nghiệm máu và điều trị mà tự mua thuốc uống).

BS Trần Tịnh Hiền (Trung tâm Bệnh Nhiệt đới TP HCM)

Bệnh sốt xuất huyết

Sốt xuất huyết là bệnh truyền nhiễm cấp tính do siêu vi Dengue gây ra. Bệnh lây do muỗi vằn (Aedes Aegypti) hút máu truyền siêu vi từ trẻ bệnh sang trẻ lành. Muỗi vằn sống trong nhà, thích hút máu cả ngày lẫn đêm.

Bệnh sốt xuất huyết thường xảy ra tại các nước trong vùng nhiệt đới. ở nước ta, bệnh tập trung ở các tỉnh Nam bộ (70%) và duyên hải miền Trung (28%). Bệnh xảy ra quanh năm và thường thành dịch lớn vào mùa mưa. Lứa tuổi mắc bệnh thường là trẻ em. Hiện nay, chưa có thuốc đặc hiệu chữa trị và thuốc phòng ngừa bệnh này.

Sốt xuất huyết ở trẻ em

Các triệu chứng khả nghi bệnh sốt xuất huyết là sốt cao liên tục từ 39 - 40 độ C trong 3 - 4 ngày liền; có dấu hiệu xuất huyết ngoài da, chảy máu cam, chảy máu nướu răng; đau bụng, nôn ói, chân tay lạnh. Khi nghi ngờ sốt xuất huyết, cần đưa trẻ em đi khám bệnh ngay.

Trường hợp nhẹ được bác sĩ chỉ định điều trị tại nhà, cần cho trẻ nghỉ ngơi, tránh chạy nhảy; cho ăn nhẹ (cháo, xúp, sữa...); cho uống nhiều nước, uống dung dịch Oresol, nước trái cây càng tốt; hạ sốt với Paracetamol, lau ấm khi sốt cao; tuyệt đối không cạo gió, cắt giác, quấn kín, cữ ăn... Theo dõi bệnh chặt chẽ, khi thấy dấu hiệu: trẻ li bì, vật vã, chân tay lạnh, ói nhiều... cần đưa trẻ đến bệnh viện ngay.

Để phòng bệnh sốt xuất huyết cần cho trẻ mặc quần áo dài tay, ngủ mùng (kể cả ban ngày), đậy kín lu, hồ, vại... không để chỗ cho muỗi sinh sản, trong nhà dọn dẹp ngăn nắp, sạch thoáng, không để nước đọng.

Sốt xuất huyết ở người lớn

Trước đây, bệnh sốt xuất huyết chỉ phổ biến ở trẻ em nhưng gần đây, nó đặc biệt gia tăng ở người lớn.

Với sốt xuất huyết ở người lớn, bệnh nhân cũng sốt cao đột ngột, liên tục và thường kéo dài 5-6 ngày; nhiệt độ ở mức 39,5-40 độ C, ít kèm ớn lạnh; một số trường hợp chỉ sốt vừa, dưới 39 độ C (có thể dùng thuốc hạ sốt trước khi nhập viện). Ở mức độ nhẹ, kèm với sốt, bệnh nhân nhức đầu, chóng mặt, mệt mỏi, có thể có biểu hiện xuất huyết, buồn nôn hoặc nhức mỏi toàn thân như cảm cúm; nặng hơn có đau cơ, đau khớp, xuất huyết nặng...

Sau khi sốt từ 3 đến 5 ngày thường thấy dấu hiệu chảy máu. Nếu nhẹ chỉ xuất hiện các chấm đỏ li ti như vết muỗi cắn nhưng không biến mất khi ấn mạnh lên; hoặc xung huyết da niêm rõ, đặc biệt là niêm mạc mắt sậm, da mặt ửng đỏ, xuất hiện các vết bầm da tự nhiên hoặc sau một đụng chạm nhẹ. Nặng hơn, bệnh nhân có thể chảy máu chân răng, chảy máu cam, ói ra máu hoặc tiêu tiểu ra máu tươi...; bệnh nhân thường chảy máu kéo dài, khó cầm và xuất hiện khối máu tụ to dần. ở phụ nữ trong độ tuổi kinh nguyệt có thể thấy kỳ kinh sớm hơn hoặc rong kinh dài ngày hoặc cường kinh (mất máu nhiều trong kỳ kinh); có khi vừa dứt kinh, 2-3 ngày sau lại có kinh trở lại...

Vào ngày thứ 3 đến ngày thứ 6, bệnh nhân thường thấy đau bụng, gan sưng to, bụng hơi căng. Đau dưới mũi ức hoặc dưới sườn phải và thấy tức khi ấn vào. Ngày thứ 5, thứ 6, khi sốt bắt đầu giảm, bệnh nhân có thể bị sốc: người mệt, đờ đẫn, lo lắng; tiểu ít hoặc không có nước; da lạnh, nhất là ở các chi; môi tái nhợt hoặc tím; mạch nhẹ hoặc không bắt được, huyết áp giảm thấp hoặc có khi không đo được. Lưu ý sốt càng nặng nếu có xuất huyết kèm theo; tuy nhiên, so với trẻ em, ở người lớn ít thấy dấu hiệu bứt rứt, bất an (trừ khi có xuất huyết nặng).

Ngoài ra, bệnh nhân còn có dấu hiệu suy gan như vàng da, vàng mắt, men gan trong máu cao. Ngoài những biểu hiện thấy được, bác sĩ còn dựa vào kết quả xét nghiệm máu để định bệnh khi thấy có tình trạng cô đặc máu và tiểu cầu giảm (biểu hiện cho khuynh hướng dễ chảy máu). ở người lớn chẩn bệnh khó hơn do các triệu chứng ít rõ rệt và người lớn thường mắc các bệnh mãn tính, có thể làm nặng thêm bệnh sốt xuất huyết hoặc dễ nhầm với các bệnh có dấu hiệu và triệu chứng tương tự nhưng xử trí hoàn

toàn khác (như bệnh nhiễm trùng huyết nặng, thương hàn, sốt rét, viêm gan siêu vi...)

Do bệnh sốt xuất huyết ở người lớn chỉ mới gia tăng vài năm gần đây nên chưa thể kết luận gì về tỷ lệ tử vong, ở trẻ em thường do sốc không hồi phục, tái đi tái lại; còn ở người lớn nguyên nhân thường do xuất huyết nặng, khó cầm. Người lớn thường nhập viện trễ nên tình trạng xuất huyết đã nặng, góp phần làm tăng tỷ lệ tử vong.

Điều trị tùy theo độ nặng nhẹ của bệnh. ở độ 1 và 2, bệnh nhân có thể điều trị ngoại trú bằng thuốc giảm sốt thông thường, uống nhiều nước đặc biệt là nước trái cây, ăn thức ăn dễ tiêu và nghỉ ngơi... Tuyệt đối không dùng thuốc giảm sốt thuộc nhóm Aspirin vì sẽ gây chảy máu nặng hơn. Bệnh nặng hơn ở độ 3, độ 4, có tình trạng sốc hoặc xuất huyết nặng, bệnh nhân cần nhập viên để được theo dõi điều trị và cấp cứu kịp thời.

Hiện nay, chưa có thuốc chủng ngừa sốt xuất huyết, vì thế biện pháp ngừa bệnh đơn giản nhất là tránh không để muỗi đốt bằng cách áp dụng các biện pháp: ngủ mùng, dùng nhang hoặc phun thuốc trừ muỗi... và nhất là phải giữ cho nhà cửa luôn thông thoáng, sạch sẽ, san lấp ao tù và các vũng nước đọng, tích cực diệt lăng quăng, diệt muỗi...

BS Lê Thị Thu Thảo (Trung tâm Bệnh nhiệt đới TP HCM)

CHƯƠNG 12
PHÒNG VÀ TRỊ BỆNH UNG THƯ

Những đối tượng có nguy cơ mắc bệnh ung thư

- Những người thường hay thức khuya: Tế bào ung thư là tế bào phát sinh đột biến trong quá trình sinh sản tế bào bình thường. Ban đêm lại là thời điểm tế bào sinh sản tốt nhất. Ngủ không tốt, thân thể rất khó khống chế được sự phát sinh biến dị của tế bào mà sẽ hình thành tế bào ung thư.

- Những người mắc bệnh huyết áp cao: Theo một số công trình nghiên cứu khoa học do nhóm Gs. John Parker và cộng sự Trung tâm Kiểm soát Bệnh tật (Mỹ) trên 30.000 nam thanh niên Mỹ cho thấy tỷ lệ mắc bệnh ung thư và tỷ lệ tử vong của người mắc bệnh huyết áp cao hơn 4 lần những người có huyết áp bình thường.

- Những người hay nín tiểu, đại tiện: Nguy cơ ung thư bàng quan (bọng đái), tỷ lệ thuận với bệnh sỏi thận. Trong nước tiểu có một loại chất có hại đối với các sợi cơ của bàng quang và đó là nguyên nhân gây ra đột biến ung thư. Trong phân cũng có nhiều chất độc hại, số vật chất độc hại này thường kích thích niêm mạc ruột sẽ dẫn đến đột biến ung thư. Vì vậy biện pháp phòng ngừa bệnh ung thư là mỗi khi mắc đại tiểu tiện là phải đi ngay.

- Những người có cơ địa dị ứng (allergy): Kết quả điều tra nghiên cứu trên gần 40.000 người Mỹ, chủ yếu là những người có cơ địa dị ứng với các loại dược phẩm hoặc thuốc thử hóa học, cho thấy những đối tượng này dễ mắc bệnh hơn so với những người không có cơ địa dị ứng. Nếu những người con gái đã từng có cơ địa dị ứng thì nguy cơ mắc bệnh ung thư tuyến vú cao (30%) so với những chị em bình thường. Nếu những người con trai đã từng có

cơ địa dị ứng thì cơ hội mắc bệnh ung thư tuyến tiền liệt cao (41%) so với những người đàn ông bình thường.

- Những đối tượng thiếu sinh tố(vitamins): Các nhà khoa học người Thụy Sĩ cho rằng những người có hàm lượng sinh tố ít thì dễ mắc bệnh ung thư hơn. Đối với những người bị thiếu sinh tố A thì nguy cơ mắc bệnh ung thư phổi tăng gấp 3 lần; đối với những người thiếu tiền sinh tố A (caroten) thì khả năng mắc bệnh ung thư dạ dày tăng 3,5 lần; và các bệnh ung thư khác tăng gấp 2 lần. ở những người bị thiếu sinh tố C (cevitamic acid) thì khả năng mắc bệnh ung thư bàng quang, ung thư thực quản, ung thư tuyến tiền liệt, ung thư tuyến thượng thận tăng gấp 2 lần...

- Những người có lượng cholesterol quá thấp: Một nhóm các nhà nghiên cứu thuộc trường Đại học Oxford (Anh) đã chứng minh một nhân tố quan trọng gây tử vong cho những phụ nữ có tuổi chính là lượng cholesterol quá thấp.

- Con cái của những người mắc bệnh ung thư: Nếu là con cái của những người mắc bệnh ung thư thì cơ hội mắc bệnh tăng gấp 5 lần so với người khác.

Nhìn chung, đời sau của những người mắc bệnh ung thư thì rủi ro mắc bệnh cao hơn những người bình thường.

Hoàng Duy Đức

Ung thư đại trực tràng

Ung thư đại trực tràng chủ yếu phát triển từ các tế bào tuyến của niêm mạch ruột già, xâm lấn vào thành ruột lan ra các tổ chức xung quanh. Di căn theo hai đường: đường bạch huyết tới các nhóm hạch, đường máu tới gan, phổi, xương... Ung thư sẽ gây các rối loạn bài tiết phân, gây cản trở bít tắc lòng ruột và chảy máu trong lòng ruột làm đi ngoài ra máu.

Nguyên nhân

Các u thịt của niêm mạc ruột già (hay polip) từ quá trình lành tính, thoái hoá thành ác tính đặc biệt ở người trên 45 tuổi.

Nếu người có polip thì nguy cơ ung thư cao hơn hàng chục lần người bình thường. Polip dạng nhung mao có nguy cơ ung thư cao nhất.

Chế độ dinh dưỡng không hợp lý: quá nhiều chất béo, chất đạm động vật, ít rau hoa quả tươi. Những bệnh viêm nhiễm đại trực tràng chảy máu. Tình trạng loạn khuẩn do dùng nhiều kháng sinh đường ruột cũng thấy có liên quan đến ung thư đại trực tràng. Ta có thể nhận biết ung thư đại trực tràng qua các triệu chứng thay đổi về bài tiết phân:

- Hội chứng lỵ, mót rặn, đau quặn bụng, ỉa phân nhầy mũi hay gặp ở ung thư đại tràng sigma, trự c tràng, hậu môn.

- Hội chứng ỉa lỏng nhầy mũi, bán tắc ruột chướng bụng, đau quặn, khi bài tiết được hơi thì hết, hay gặp ở các khối u đại tràng phải.

- Hội chứng táo bón, tắc ruột dần dần, rồi đi tới tắc ruột hoàn toàn hay gặp ở ung thư đại tràng trái. Ngoài ra ta có thể phát hiện khối u: khi sờ thấy khối u qua thành bụng thì ung thư đã ở giai đoạn muộn.

Phòng ngừa

- Giảm phần calo chất béo (có trong khẩu phần ăn) từ 40% xuống 25% - 30%.

- Tăng cường hoa quả, ngũ cốc nguyên hạt vào bữa ăn hàng ngày.

- Hạn chế thức ăn muối, lên men, xông khói, sấy khô (cá khô, xì dầu, thịt ám khói).

- Hạn chế tiêu thụ những gia vị vô bổ có thể gây ung thư như phẩm nhuộm, dầu thơm.

- Tránh những chất gây đột biến gien trong thức ăn như thuốc trừ sâu, diệt cỏ. Thuốc kích thích tăng trọng.

- Không lạm dụng rượu, bia và các chất lên men rượu khác.

BS Thuý Phương

Xơ nang vú có phải ung thư?

Xơ nang tuyến vú - còn gọi là thay đổi sợi bọc tuyến vú - không phải là ung thư. Đó chỉ là hiện tượng thường gặp dưới ảnh hưởng của nội tiết tố nữ ở phụ nữ từ 30 đến 50 tuổi. Kết quả nhiều nghiên cứu cho biết trên 60% các cục u trong vú phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ không phải là ung thư; trên 90% phụ nữ tuổi tiền mãn kinh có xơ nang tuyến vú và được xem là một biểu hiện của quá trình lão hoá Tuy nhiên xơ nang tuyến vú thường bị nhầm với ung thư vì cũng xuất hiện những cục "bướu" và thường xảy ra ở độ tuổi phụ nữ dễ bị ung thư vú nhất. Nếu có sự phối hợp tốt giữa kinh nghiệm của bác sĩ và các phương tiện chẩn đoán như siêu âm, nhũ ảnh, chọc hút tế bào bằng kim nhỏ, sinh thiết... thì tỷ lệ chẩn đoán nhầm sẽ rất thấp.

Nguyên nhân

Trong mỗi chu kỳ kinh nguyệt, dưới tác động của nội tiết tố nữ estrogen và progesterone, mô tuyến vú giãn nở, giữ nước lại và căng lên, những vùng có mật độ chắc hơn bình thường sẽ cho cảm giác như "bướu". Sau khi hành kinh, các cảm giác này giảm dần rồi trở lại bình thường. Qua các chu kỳ kinh nguyệt, sự kích thích lặp đi lặp lại làm cho mô vú trở nên chắc và hình thành các nang nhỏ chứa dịch trên các ống sữa bị tắc hoặc bị giãn; nhất là ở người mất sự quân bình giữa hai nội tiết tố nữ như phụ nữ ở thời kỳ tiền mãn kinh hoặc những người thường xuyên bị stress... Khi đó, tuyến vú có những vùng bất thường tạo thành những cục "bướu" hay những mảng chắc gồ lên dưới da hoặc những hạt rất nhỏ rải rác khắp 2 vú

Xơ nang tuyến vú thườ ng có ở cả 2 vú, nhất là 1/4 phía trên ngoài và phần dưới vú ở phụ nữ tiền mãn kinh, các nang bị xơ có thể to lên và gây cảm giác khó chịu như bị căng tức, rất nhạy cảm khi sờ vào, có cảm giác nóng bỏng và đau lăn tăn, có khi đau nhiều đến nỗi hạn chế cử động và khó nằm sấp... nhưng sau khi mãn kinh, hiện tượng này thường giảm dần và mất đi. Trong một số trường hợp xơ nang tuyến vú phát triển thành nang to, tròn, chắc, di động, chứa dịch loãng trắng đục, tạo cảm giác căng căng khi ấn

lên và có thể đau khi khám. Cảm giác đau và kích thích cục "bướu" thường tăng và giảm trước và sau khi hành kinh khoảng 1 tuần. Loại nang này thường biến mất sau vài lần hút dịch hoặc sau mãn kinh và không chuyển sang ung thư.

Phụ nữ cần làm gì để phòng bệnh và phát hiện cục "bướu" ở vú?

Mỗi tháng phải tự khám vú, tốt nhất là một tuần sau khi có kinh; nếu đã mãn kinh thì chọn một ngày cố định trong tháng. Dùng đầu ngón tay kiểm tra toàn bộ vú 2 bên, từ trên xuống dưới và cả vùng hố nách. Qua những lần đầu tự khám, phụ nữ sẽ cảm nhận và "làm quen" với mật độ mềm hay chắc hay lổn nhổn ở vú và khi có bất kỳ một sự thay đổi nào trong vú sẽ được nhận ra ngay.

Khi phát hiện có "chuyện lạ" trong vú thì cần đến bác sĩ khám và theo dõi ngay. Phụ nữ từ 30 đến 40 tuổi nên đi khám vú 3 năm / lần và từ 40 tuổi trở đi nên siêu âm hoặc chụp nhũ ảnh mỗi năm một lần.

Điều trị

Tùy trường hợp cụ thể, việc điều trị có thể là:

- Theo dõi và làm giảm cảm giác đau và khó chịu tại chỗ: uống thuốc giảm đau và vitamin E; tránh dùng thức ăn thức uống có cafein như cà phê, trà đặc, sôcôla hoặc nước uống có ga; chườm nóng tại chỗ, dùng nịt ngực cho thích hợp. Cần lưu ý một số thuốc thoa có chứa progesterone hoặc thuốc uống có nội tiết tố nữ thường không có hiệu quả và tác dụng phụ của thuốc có thể gây buồn nôn, rối loạn kinh nguyệt, tăng cân hoặc nổi mụn.

- Nếu chỉ có một cục u hoặc các xét nghiệm không cho chẩn đoán rõ rệt, bác sĩ cho mổ sinh thiết hoặc làm xét nghiệm giải phẫu bệnh để chẩn đoán xác định.

- Nếu bướu là nang chứa dịch, bác sĩ sẽ rút hết dịch ra và làm xét nghiệm tế bào học để xác định rõ hơn tính chất bệnh.

- Theo dõi định kỳ 6 tháng đến 1 năm / lần vì có khoảng 1% - 5% trường hợp xơ nang tuyến vú trở thành ung thư.

TS Nguyễn Sào Trung (Đại học Y dược TP HCM